



VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA

EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

HOSPODAŘENÍ VYBRANÝCH LÉKÁREN

Financial Management of Selected Pharmacies

Student: Bc. Veronika Bilavčíková

Vedoucí diplomové práce: Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2014

## Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Veronika Bilavčíková**  
Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa  
Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa  
Specializace: 00 Veřejná ekonomika a správa  
Téma: **Hospodaření vybraných lékáren**  
**Financial Management of Selected Pharmacies**

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
  2. Léková politika ČR
  3. Hospodaření vybraných lékáren
  4. Zhodnocení hospodaření vybraných lékáren a vliv cen vybraných léčivých přípravků v lékárnách okresu Uherské Hradiště
  5. Závěr
- Seznam použité literatury  
Seznam zkratk  
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce  
Seznam příloh  
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.  
MACEŠKOVÁ, B., L. SMEJKALOVÁ a J. KOLÁŘ. *Provoz lékáren*. Brno: Veterinární a farmaceutická univerzita Brno, 2010. 162 s. ISBN 978-80-7305-127-3.  
METYŠ, Karel a Peter BALOG. *Marketing ve farmacii*. Praha: Grada Publishing, 2006. 208 s. ISBN 80-247-0830-2.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 22.11.2013

Datum odevzdání: 25.04.2014



doc. Ing. Petr Tománek, CSc.  
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová  
děkanka fakulty

Prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně. Veškeré zdroje, které jsem v diplomové práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě dne 25. 4. 2014

A handwritten signature in blue ink, reading "Veronika Bilavčíková", written over a dotted horizontal line.

Veronika Bilavčíková

## OBSAH

1	ÚVOD.....	4
2	LÉKOVÁ POLITIKA ČR .....	6
2.1	Veřejná politika .....	6
2.2	Zdravotní politika .....	7
2.2.1	Léková politika v ČR .....	13
2.3	Trh a ceny farmaceutických produktů .....	22
2.3.1	Cenová regulace léčiv .....	23
2.3.2	Spotřeba léčiv a výdaje na léčiva.....	25
2.3.3	Regulace výdajů na léčiva .....	28
2.4	Lékárny .....	30
2.4.1	Kategorie pracovníků v lékárně.....	30
2.4.2	Požadavky na technické a věcné vybavení.....	35
3	HOSPODAŘENÍ VYBRANÝCH LÉKÁREN .....	37
3.1	Charakteristika okresu Uherské Hradiště a vybraných lékáren.....	39
3.2	Hospodaření lékáren ve sledovaných letech .....	43
3.2.1	Hospodaření Lékárny „X“ .....	43
3.2.2	Finanční analýza Lékárny „X“ pomocí poměrových ukazatelů .....	52
3.2.3	Hospodaření Lékárny „Y“ .....	57
3.2.4	Finanční analýza Lékárny „Y“ pomocí poměrových ukazatelů .....	66
4	ZHODNOCENÍ HOSPODAŘENÍ VYBRANÝCH LÉKÁREN A VLIV CEN VYBRANÝCH LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ V LÉKÁRNÁCH OKRESU UHERSKÉ HRADIŠTĚ.....	72
4.1	Analýza cen léčiv v lékárnách okresu Uherské Hradiště.....	75
5	ZÁVĚR .....	80
	SEZNAM LITERATURY .....	83
	SEZNAM ZKRATEK .....	87
	PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	

# 1 ÚVOD

Zdravotní politika jak v České republice, tak v ostatních zemích představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a také na kvalitu života lidí a společenských skupin. Rozvoj zdravotní politiky souvisí s rozvojem medicínských technologií a růstem výdajů na zdravotnictví. Mezi hlavní nástroje realizace zdravotní politiky patří systém zákonů, norem a standardů, finanční prostředky a jejich způsob rozdělení, instituce, informace a vyjednávání mezi účastníky procesu zdravotní péče.

Léková politika je součástí zdravotní politiky státu. Mezi cíle lékové politiky patří zejména zajištění účinných, bezpečných a kvalitních léčiv pro občany, ale i zajištění nejvyšší farmakoterapie za přiměřenou cenu a za sociálně přijatelných podmínek a s dostupnými finančními prostředky. Stejně jako jiné veřejné politiky, tak i léková politika je procesem politických a věcných rozhodnutí, tvorby právních předpisů a jejich následného využití v každodenní praxi.

Od roku 2008 došlo v lékové politice České republiky k řadě změn, které mají vliv na hospodaření lékáren. První změnou bylo zavedení regulačních poplatků zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. Rozhodování o maximálních cenách přešlo do kompetence Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Také byla zaznamenána změna v degresivní obchodní příirážce, kdy maximální obchodní příirážka před rokem 2008 v prvním cenovém pásmu byla 33 % a od roku 2008 byla 36 %. Na hospodaření lékáren má také vliv změna DPH u léčiv, která se od roku 2008 zvýšila o 6 % a v roce 2014 dosáhla 15 %. Všechny tyto změny ovlivňují činnost a hospodaření lékáren a také výši prodejní ceny léčiv pro konečného spotřebitele.

Cílem diplomové práce je na základě analýzy hospodaření vybraných lékáren v letech 2008 – 2012 zhodnotit hospodaření těchto subjektů a provést porovnání prodejních cen vybraných léčivých přípravků částečně hrazených a nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění za účelem vyhodnocení cenové politiky léčivých přípravků v okrese Uherské Hradiště.

V diplomové práci jsou stanoveny dvě hypotézy, které budou v průběhu práce verifikovány. Hypotéza H1 zní: Na hospodaření vybraných lékáren měly vliv změny v lékové politice v letech 2008 – 2012. Hypotéza H2 je stanovena následovně: Na prodejní ceny

vybraných léčivých přípravků částečně hrazených a nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění nemá vliv umístění lékárny ve vybraném okrese.

Diplomová práce má část teoretickou a praktickou. Teoretická část bude orientována na charakteristiku veřejné politiky a dále zdravotní politiky, definici zdraví a zdravotní péče a popis veřejného zdravotního pojištění, dále je zaměřena na lékovou politiku, její aktéry, cíle a platnou legislativu v oblasti lékové politiky. Dává nám teoretický přehled o trhu a cenách farmaceutických produktů, cenové regulaci pomocí cenového předpisu vydávaného Ministerstvem zdravotnictví ČR a spotřebě léčiv. Dále je zaznamenán přehled výdajů na léčiva a jejich vývoj ve sledovaném období 2008 – 2012. Závěr teoretické části je zaměřen na lékárny, kategorie jejich pracovníků a požadavky na technické a věcné vybavení. Pomocí grafů je znázorněn přehled o počtech zařízení lékárenské péče v krajích České republiky.

V praktické části budou charakterizovány dvě vybrané lékárny, jejich umístění, personální zabezpečení a zhodnocení analýzy hospodaření každé lékárny zvlášť v letech 2008 – 2012 podle výkazu finančního účetnictví. V závěru praktické části bude provedena analýza prodejních cen léků v lékárnách okresu Uherské Hradiště. Prodejní cena léků bude srovnána u deseti vybraných lékáren a u deseti zvolených léčivých přípravků. Mezi deseti zvolenými léčivými přípravky budou jak přípravky hrazené z části z veřejného zdravotního pojištění, tak i nehrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Při porovnání cen léků v lékárnách je pozornost zaměřena na jejich umístění v centru, nákupní zóně nebo v obci. V poslední části kapitoly budou zhodnoceny výsledky, ke kterým se dospělo v praktické části.

K naplnění cíle budou v diplomové práci použity metody analýzy a časového srovnání hospodaření v letech 2008 – 2012, dále pak metoda syntézy zjištěných poznatků. Metoda dedukce, což je proces usuzování, kde se od předpokladů dochází k závěrům, a metoda komparace, která znamená srovnání a porovnávání a bude použita u hospodaření dvou vybraných lékáren, ale také u zjištění cen léků v lékárnách. Dále při porovnání cen léků použijeme metodu analogie (podobnosti) léků a metodu srovnání prodejní ceny léků.

Diplomová práce vychází z odborné literatury z oblasti zdravotnictví, zdravotní politiky, lékové politiky, provozu lékáren a internetových zdrojů, kterými jsou zejména Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR), Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ministerstvo zdravotnictví ČR a Česká lékárnická komora.

Práce se opírá o platnou legislativu k 1. dubnu 2014.

## 2 LÉKOVÁ POLITIKA ČR

Následující kapitola bude zaměřena na charakteristiku základních pojmů, jako je veřejná politika a zdravotní politika. Při popisu zdravotní politiky bude orientována pozornost na její cíle, subjekty, nástroje a definování základních pojmů. Dále je kapitola zaměřena na lékovou politiku v České republice (dále jen ČR), aktéry lékové politiky a její cíle. Bude popsán trh a ceny farmaceutických produktů, cenová regulace léčiv a regulace výdajů na léčiva. Poslední podkapitola popisuje lékárny, kategorizaci pracovníků v lékárně a požadavky na jejich technické a věcné vybavení.

### 2.1 Veřejná politika

Veřejnou politiku lze vymezit jako disciplínu, která propracovává a aplikuje výkladové rámce sociologie, práva, politických věd, ekonomie, teorie řízení a dalších oborů k analýze a prognóze procesů formování a uplatňování veřejných zájmů vážících se na řešení rozdílných sociálních problémů. Přitom se především věnuje institucionálnímu zprostředkování těchto procesů veřejným sektorem, občanským a do jisté míry i soukromým sektorem v pozici, která je využitelná politickou praxí. Veřejná politika je průřezovou vědní disciplínou *sui generis*, což znamená, že svou tematickou strukturou, užívanými výkladovými rámci a výzkumnými metodami přesahuje hranice tradičních sociálních věd.<sup>1</sup>

Veřejnou politiku můžeme rozdělit na aktivní a reaktivní, liberální a paternalistickou. Aktivní veřejná politika se snaží předejít možným ohrožením i rozvojové příležitosti uspokojování veřejných zájmů a dopředu reagovat na předpokládaný vývoj. Prognózování zde získává na významu, jakožto soubor metod zaměřených na zkoumání možných budoucností. Oproti aktivní politice reaktivní veřejná politika reaguje, až když je veřejný zájem reálně ohrožen. Liberální veřejná politika zasahuje až tam, kde individuální zájem ohrožuje uznaný veřejný zájem. Paternalistická veřejná politika prosazuje uznaný veřejný zájem často bez ohledu na možnou újmu individuálních zájmů.<sup>2</sup>

Veřejná politika se zajímá o sociálně politický proces vedoucí k uspokojování konkrétních potřeb lidí a celé společnosti a o veřejný zájem. Následující obr. 2.1 ilustruje vztah veřejné a sociální politiky.

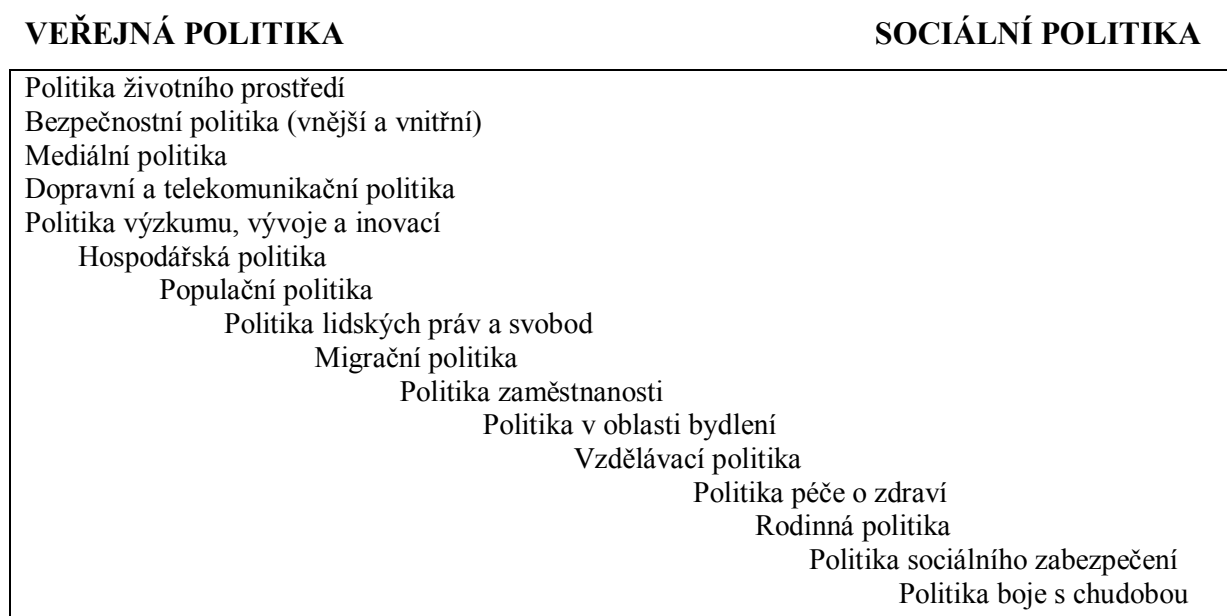
---

<sup>1</sup>POTUČEK, Martin a kolektiv. *Veřejná politika*. 2005. s. 15.

<sup>2</sup>Tamtéž, s. 12.



## Obr. 2.1 Rozmístění zájmů veřejné a sociální politiky



Zdroj: POTUČEK, Martin a kolektiv. *Veřejná politika*. 2005. s. 21. Vlastní zpracování.

Z obr. 2.1 vyplývá, že některé politiky se sdružují buď na straně veřejné politiky, nebo na straně sociální politiky a některé se nacházejí v zájmovém poli obou politik. K politice, o kterou se zajímají jak veřejná, tak sociální politika, patří politika péče o zdraví.

## 2.2 Zdravotní politika

Zdravotní politiku lze charakterizovat jako cílevědomou činnost státu, ale i ostatních subjektů sociální a hospodářské politiky, zaměřenou na podporu, obnovu a ochranu zdraví obyvatelstva. Výsledkem takto definované zdravotní politiky je nepřetržitá činnost, která sleduje vliv zdravotnických a nezdravotnických faktorů v procesu ochrany, podpory a obnovy zdraví.<sup>3</sup>

Zdravotní politika musí být v každém státě navrhovaná na základě ekonomické, sociální a zdravotní situace a musí být tvořena celospolečensky, a to především proto, že důsledky zdravotní politiky ovlivňují celou společnost. Pro zdravotníky a širokou veřejnost je zdravotní politika předmětem trvalého zájmu.<sup>4</sup> Dále lze zdravotní politiku vymezit jako rozhodovací procesy uskutečňované příslušnými aktéry zdravotní politiky na různých úrovních (nadnárodní, národní, regionální, lokální, na úrovni organizace nebo jednotlivce).<sup>5</sup>

<sup>3</sup>DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 2005. s. 51.

<sup>4</sup>GLADKIJ, Ivan a kolektiv. *Management ve zdravotnictví*. 2003. s. 11.

<sup>5</sup>POTUČEK, Martin a kolektiv. *Veřejná politika*. 2005. s. 312.

Zdravotní politika představuje soubor politických aktivit, které působí na zdraví různých společenských skupin a obyvatelstva dané země. Kromě koncepce zdravotních služeb obsahuje činnosti dobrovolných organizací, jednotlivců a dalších institucí, které se zabývají péčí o zdraví. Mezi subjekty zdravotní politiky patří zejména stát, zdravotnické nestátní subjekty (zdravotní pojišťovny, profesní komory, zdravotnická zařízení, atd.), obce, podnikatelé, občané a další. Cíle národní zdravotní politiky vymezila Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) jako výraz vůle pro vylepšení zdravotní situace, stanovení priorit mezi těmito cíli a vymezení hlavních směrů k jejich dosažení.

**Hlavními nástroji státu při dosažení cílů národní zdravotní a lékové politiky jsou:**

- systém zákonů, norem, standardů a normativů,
- finanční zdroje a způsob jejich rozdělení,
- instituce,
- informace,
- vyjednávání s aktéry procesu zdravotní péče.<sup>6</sup>

**Mezi cíle zdravotní politiky patří:**

- zlepšení zdravotního stavu obyvatel,
- zvyšování kvality zdravotní péče,
- hledání finančních prostředků a jejich efektivní alokace.

Podle programu Zdraví 21 má zdravotnictví v ČR stanoveno 21 cílů, kterých má být do roku 2020 dosaženo. Mezi tyto cíle patří spravedlnost ve zdraví, zdraví mladých, zdravé stárnutí, zlepšení duševního zdraví, zdravější životní styl, příprava zdravotnických pracovníků, atd.

Zdravotnictví patří v České republice k základní oblasti činnosti státu zajišťující zdravotní péči a služby pro obyvatelstvo celého území. Odvětví zdravotnictví je součástí terciálního sektoru národního hospodářství. Lze ho definovat také jako organizační celek, soustavu orgánů, institucí a jimi zabezpečených činností, jejichž cílem je bezprostřední prevence, léčení chorob, zabezpečení osobních, odborných, finančních a věcných předpokladů pro správný výkon všech činností v rámci zdravotnictví.

---

<sup>6</sup>PŘÁZNOVCOVÁ, Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 2005. s. 10.

Zdravotnictví zahrnuje:

- zdravotnické vzdělání,
- zdravotní služby,
- rozvoj vědy,
- zdravotnickou výrobu,
- zdravotnickou distribuci včetně lékáren.<sup>7</sup>

Ekonomika zdravotnictví se zabývá uplatněním zásad ekonomického myšlení v oblasti zdravotní péče. Ekonomika zdravotnictví radí, jak provádět racionální rozhodnutí a nejlépe využívat zdroje alokované do zdravotní péče. Pracoviště zabývající se problematikou ekonomiky zdravotnictví zkoumají tyto problémy: kolik finančních prostředků má společnost vydat na zabezpečení zdravotní péče v daném období; jaký charakter mají zdravotní služby v prostředí tržní ekonomiky; z jakých zdrojů má být financována zdravotní péče; jak měřit zdravotní potřeby populace jako celku i jednotlivých skupin; jaký je racionální způsob zdravotní péče; jak ovlivňuje činnost zdravotnické soustavy ekonomiku; jaký vliv má forma vlastnictví zdravotnických zařízení na kvalitu zdravotní péče, produktivitu a efektivitu zdravotnických zařízení i celého zdravotnického systému; jak vymezit ceny zdravotních služeb; jak stanovit ceny léčiv a výši jejich úhrad z veřejných zdrojů; atd. Z přehledu hlavních úkolů je zřejmé, že některé oblasti problematiky mají význam národohospodářský, zatímco jiné se týkají zdravotnictví jako odvětví.<sup>8</sup>

### **Zdraví a zdravotní péče**

**Zdraví** je považováno za jednu ze základních lidských hodnot, která se v průběhu lidského života mění. Může být chápáno z mnoha úhlů pohledů. Holčík uvádí (2010) „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.*“. WHO definuje zdraví jako „*stav plné fyzické, psychické a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ Barták (2010) vymezil zdraví jako „*nezbytnou podmínku participace jedince na společenských aktivitách, umožňuje mu realizovat primární i sekundární potřeby, rozvíjet jeho lidský i sociální potenciál.*“

Každý člověk by měl své zdraví chránit a starat se o něj. Pokud ale společnost nahlíží na zdraví jako na individuální záležitost, zabraňuje možnosti zdraví zlepšovat. Holčík (2010)

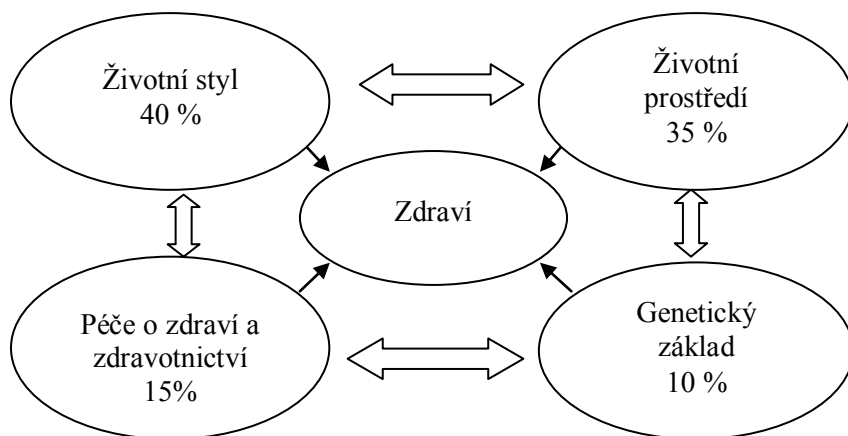
---

<sup>7</sup>DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 2005. s. 51.

<sup>8</sup>PŘÁZNOVCOVÁ, Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 2005. s. 9 – 10.

uvádí čtyři základní faktory, které působí na změnu zdravotního stavu obyvatel. Patří mezi ně faktor vnitřního prostředí – genetický základ, faktory vnějšího prostředí – životní styl, péče o zdraví a životní prostředí.

**Obr. 2.2 Faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatel a jejich vliv na zdraví (v %)**



Zdroj: HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 2010. s. 58. Vlastní zpracování.

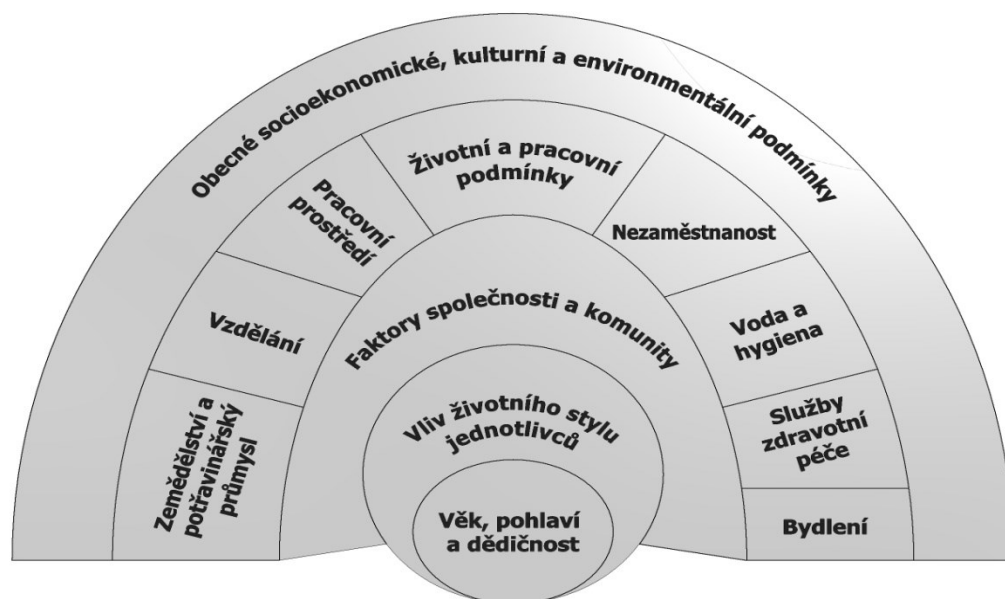
V obr. 2.2 je zobrazeno procentní rozložení faktorů, které ovlivňují zdravotní stav obyvatel. Výsledkem genetické informace a jejich změn jsou genetické předpoklady, které vedou k přizpůsobení se životu v konkrétních podmínkách. Životním prostředím chápeme kulturní možnosti, sociální vztahy a politický systém. Životní styl ovlivňuje zdravotní stav nejvíce ze všech faktorů, patří sem např. stres, způsob stravování, pohyb, bydlení, konzumace návykových látek. Péče o zdraví a zdravotnictví zahrnuje množství zdravotnických zařízení, vybavenost, kvalitu a počet zdravotnického personálu, způsob financování a další.<sup>9</sup>

Mezi další faktory, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva, patří zejména věk, pohlaví, dědičnost, faktory společnosti a komunity, zemědělství a potravinářský průmysl, vzdělání, pracovní prostředí, nezaměstnanost, voda a hygiena, služby zdravotní péče, bydlení, obecné socioekonomické, kulturní, environmentální a politické podmínky. Tyto další faktory, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva, jsou zobrazeny v obr. 2.3 „Hlavní determinanty zdraví“.<sup>10</sup>

<sup>9</sup>MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 2012. s. 11 – 14.

<sup>10</sup>BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 2010. s. 15.

**Obr. 2.3 Hlavní determinanty zdraví**



Zdroj: DALGREN, Göran a Margaret WHITEHEAD. *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1991. Vlastní zpracování.

**Zdravotní péči** se podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, rozumí:

- soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem:
  - předcházení, odstranění a odhalení nemoci, vady nebo zdravotního stavu,
  - udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
  - udržení, zlepšení nebo obnovení zdravotního a funkčního stavu,
  - posuzování zdravotního stavu,
  - pomoci při reprodukci a porodu,
- preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační a ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, rozlišuje formy a druhy zdravotní péče. Mezi druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí mimo jiné patří lékárenská péče a klinicko-farmaceutická péče (dále jen lékárenská péče). Účelem lékárenské péče je zajišťování, příprava, úprava,

uchování, kontrola a výdej léčiv, dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků a potravin pro zvláštní lékařské účely. Také v rámci této péče je poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznání onemocnění, podpory zdraví a kontrola účelného a bezpečného užívání léčivých přípravků.<sup>11</sup>

### **Zdravotní pojištění**

V České republice je hlavním zdrojem financování zdravotní péče veřejné zdravotní pojištění.<sup>12</sup> Zdravotní pojištění se řídí zákonem zejména č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dále do legislativního rámce zdravotního pojištění patří zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Systém zdravotnictví v ČR je založen na modelu podle Otto von Bismarcka, tedy financování dle příspěvků do fondu zdravotního pojištění. Obvykle je velikost zdravotního pojistného odvozena od příjmů pojištěnce, a to jako pevná procentní sazba. Touto konstrukcí se realizuje solidarita mezi příjmově silnějším a příjmově slabším. Omezení této solidarity je prováděno stanovením maximální výše pojistného.<sup>13</sup>

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů stanoví právo na zdravotní péči, ale i povinnost být zdravotně pojištěn v ČR. Výše zmíněný zákon definuje postavení zdravotních pojišťoven a stanoví rozsah a podmínky, za nichž jsou hrazeny zdravotní služby a způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených z veřejného zdravotního pojištění. V ČR působí k 1. 1. 2014 sedm zdravotních pojišťoven. Seznam zdravotních pojišťoven uvádí Příloha č. 1. Největší zdravotní pojišťovnou s více než 6 miliony klienty je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Ostatní zdravotní pojišťovny získávají licenci na svoji činnost u Ministerstva zdravotnictví ČR po splnění určených podmínek a na základě vyjádření Ministerstva financí ČR a řídí se zákonem č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

---

<sup>11</sup>Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, §2 a §5.

<sup>12</sup>Dle ÚZIS ČR byly v roce 2012 financovány výdaje na zdravotnictví v ČR z těchto výdajů – veřejné zdravotní pojištění ve výši 78,8 %, státní a územní rozpočty ve výši 5,3 % a soukromé výdaje ve výši 15,9 % celkových výdajů.

<sup>13</sup>NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 2008. s. 190.

Zdravotně pojištěny jsou osoby s trvalým pobytem na území České republiky. Osoby, které nemají trvalý pobyt, jsou pojištěny, pokud jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Veřejné zdravotní pojištění vzniká dnem narození, získáním trvalého pobytu, nebo dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu stala zaměstnancem. Zaniká dnem smrti, ztrátou trvalého pobytu nebo ukončením zaměstnání osoby bez trvalého pobytu.<sup>14</sup> Plátcí veřejného zdravotního pojištění jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Pojištěnci, kteří platí zdravotní pojištění, jsou:

- zaměstnanci,
- osoby samostatně výdělečně činné (dále jen OSVČ),
- osoby s trvalým pobytem na území ČR, které nejsou uvedeny v předchozích dvou variantách a za něž není plátcem pojištění stát.

Sazba pojistného je stanovena ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Zaměstnavatelé platí 9 % zdravotního pojištění za zaměstnance a zaměstnanec si platí 4,5 % zdravotního pojištění z 13,5 %. Stát je plátcem zdravotního pojištění za nezaopatřené děti, poživatele důchodu z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené, osoby, které jsou invalidní ve třetím stupni, atd. Stát a OSVČ odvádí 13,5 % z vyměřovacího základu<sup>15, 16</sup>.

Dále dle §16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je stanoveno, že pojištěnec je povinen hradit poskytovateli, který poskytl hrazené služby, regulační poplatky.

### **2.2.1 Léková politika v ČR**

Léková politika vyjadřuje snahu státu dávat občanům bezpečná a účinná léčiva, která odpovídají ekonomickým podmínkám daného státu a současnému stavu vědy. Každý stát má řadu opatření, kterými provádí lékovou politiku. Důležité pro lékovou politiku a velikost vynakládaných výdajů na léčiva je podstatné, aby systém opatření fungoval jako celek. V každém státě jsou problematické rostoucí výdaje na léčiva financované z veřejných zdrojů. Léková politika ovlivňuje výši spotřebovaných léčiv, rozsah léčiv předepsaných lékaři

---

<sup>14</sup>Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, § 2 - § 3.

<sup>15</sup>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky [online].

<sup>16</sup>Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

a množství volně prodejných léčiv. Léková politika stanovuje priority v odvětví zdravotnictví, tzn., že léková politika je součástí zdravotní politiky státu.

### **Mezi cíle lékové politiky zejména patří:**

- účelná farmakoterapie,
- dostupnost potřebných léků,
- udržení nákladů na „přiměřené“ výši,
- vhodná alokace finančních prostředků.

Dalším cílem lékové politiky je zajištění bezpečných, účinných a kvalitních léčiv pro obyvatelstvo v potřebném množství, za přiměřenou cenu a za sociálně přijatelných podmínek. Za účinnost lékové politiky má hlavní odpovědnost stát, a to především v oblasti právního rámce. Evropská unie (dále jen EU) sleduje dva hlavní cíle lékové politiky. Prvním cílem je ochrana zdraví obyvatel jednotlivých členských zemí EU a druhým cílem je volný pohyb léčivých přípravků mezi zeměmi EU.

Léková politika se dělí na dvě části, a to část ekonomickou a odborně medicínskou. Odborně medicínská část zajišťuje kvalitní zdravotní péči občanům, kteří ji skutečně potřebují. Ekonomická část představuje skloubení nároků na co nejkvalitnější farmakoterapii s dostupnými zdroji.

### **Aktéři lékové politiky**

Hlavní aktéry lékové politiky můžeme rozdělit do několika skupin: **stát** formuluje právní rámec, reguluje a registruje léčiva, zajišťuje přístup k základním léčivům, podporuje racionální užívání léčiv, stanoví profesní standardy; **zdravotní pojišťovny** uskutečňují kontrolu objemu léčiv předepsaných lékařem a množství léčiv skutečně odebraného pacientem; **výrobci** ovlivňují lékaře, politiky i pacienty; **distributoři, lékárníci, lékaři a pacienti**.<sup>17</sup>

V České republice k hlavním aktérům lékové politiky patří zejména:

- **Parlament ČR** – Poslanecká sněmovna (dále jen PS) má zřízený výbor pro zdravotnictví. Oblasti a témata, jimiž se výbor pro zdravotnictví zabývá, jsou např.

---

<sup>17</sup>MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 2012. s. 115 – 116.



financování systému veřejného zdravotního pojištění, specializační vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, rozsah zdravotní péče a udržitelnost financování, oblast ochrany veřejného zdraví. PS má v rámci tohoto výboru podvýbor pro ekonomiku ve zdravotnictví, zdravotní pojištění a lékovou politiku. V tomto podvýboru se poslanci podrobně zabývají problematikou různých oblastí zdravotnictví. Senát má zřízený výbor pro zdravotnictví a sociální politiku.

- **Ministerstvo vnitra ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR, Ministerstvo obrany ČR a Ministerstvo financí ČR** – vytvářejí podmínky pro zabezpečení účinných, bezpečných a jakostních léčiv používaných zdravotnickými zařízeními v oboru své působnosti, kontrolují dodržování zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů, a ukládají sankce za jeho porušení.
- **Ministerstvo zdravotnictví ČR** (dále jen ministerstvo) – ústřední orgán, který je odpovědný za posuzování léčiv pro jejich zařazení mezi léčiva hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Stanoví seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové péči. Léčivé přípravky se zařazují do referenčních skupin a seznam těchto skupin stanoví ministerstvo prováděcím právním předpisem. Ministerstvo dále vymezí strukturu údajů a náležitostí pro žádost o stanovení výše úhrady. Může uložit pokutu zdravotní pojišťovně, pokud nepostupuje v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Ministerstvo zdravotnictví ČR podle §2a zákona č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, ve znění pozdějších předpisů, podle zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů a na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, vydává cenový předpis o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.
- **Zdravotní pojišťovny** – kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče ze zdravotního pojištění, kontrolují objem a kvalitu poskytování zdravotní péče včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení.
- **Výrobci** – patří sem zejména dvě hlavní asociace výrobců léčiv – Česká asociace farmaceutických firem a Asociace inovativního farmaceutického průmyslu. Uvedené asociace hájí společné zájmy farmaceutických firem, které se zabývají vývojem, výzkumem, výrobou, obchodem, marketingem a propagací v oblasti humánních

léčivých přípravků, informatikou v užití léčivých přípravků a farmaceutického průmyslu.

- **Velkodistribuce léčiv** – asociace velkodistributorů léčiv – garantuje zákazníkům a odborné veřejnosti řádnou a profesionální úroveň svých členů a dohlíží na trh s léčivy a zdravotnickým materiálem v ČR. Představuje druhý ze tří stupňů distribuce, tzn., že se nikdy nedostanou do kontaktu s konečným spotřebitelem léčiv. Shromažďují výrobky od výrobců a provádějí jejich následný prodej.
- **Lékárníci** – činnost vykonávají na základě zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů. Lékárníci provádějí výdej léčivých přípravků na půdě lékárny, informativní činnost a také přípravu léčivých přípravků.
  - **Česká lékárnická komora** (dále jen ČLnK) – je samosprávná nepolitická stavovská organizace sdružující lékárníky. Vede seznam členů (lékárníků a lékáren), posuzuje, hájí práva a zájmy svých členů, poskytuje členům právní pomoc, chrání jejich profesní čest, zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje, že plní podmínky k výkonu lékařského povolání, nakonec dbá o to, aby její členové vykonávali svá povolání odborně, v souladu s lékařskou etikou a způsobem stanoveným v zákonech a řádech komory. Je oprávněna účastnit se jednání při tvorbě cen léčiv, léčivých přípravků a sazebníků ostatních služeb poskytovaných lékárnami. Vyjadřuje se k podmínkám a způsobu dalšího vzdělávání lékárníků. Dále vydává stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotní péče.<sup>18</sup>
- **Lékaři** – jsou povinně sdruženi v profesních komorách na základě zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů. V oblasti lékové politiky jsou důležitými účastníky z hlediska preskripce. Mnohdy se stávají středem zájmu farmaceutických firem, aby upřednostňovali jejich farmaceutické výrobky. Poskytují pacientovi zdravotní péči podle specializovaného oboru.
- **Státní ústav pro kontrolu léčiv** (dále jen SÚKL) – je přímo řízenou institucí Ministerstva zdravotnictví ČR. Provádí kontrolní činnost, spolupracuje při přípravě norem a zákonů v oboru farmacie a harmonizuje české právní předpisy s právem EU. SÚKL vydává rozhodnutí o registraci léčivých přípravků, povolení k výrobě léčivých

---

<sup>18</sup>Česká lékárnická komora, *Činnost a oprávnění ČLnK* [online].

přípravků, povoluje klinické hodnocení léčivých přípravků. Kontroluje u provozovatelů a dalších osob zacházení s léčivy. Může v mezích své působnosti ukládat pokuty. Rozhoduje například o stanovení, změně a zrušení výše úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, podmínkách úhrady, a základní úhradě referenčních skupin. Dále podle §2a zákona č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, ve znění pozdějších předpisů rozhoduje o stanovení, změně a zrušení maximálních cen podle cenového předpisu.

- **Občané/pacienti** – spotřebitelé zdravotní péče, koneční spotřebitelé léčiv. Nepodílejí se na výběru předepsaného léčiva pro léčení nemoci, mají možnost zvolit alternativu volně prodejných léčiv.
- **Odborné společnosti** – např. lze uvést Českou lékařskou společnost J. E. Purkyně – dobrovolně nezávislé sdružení fyzických osob – lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a jiných příbuzných oborech.<sup>19</sup>

Legislativní normy, které vytvářejí obecný právní rámec pro realizaci lékové politiky, jsou:

- Ústavní principy a listina základních práv a svobod ČR,
- zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, a o změně a doplnění zákona č. 468/1991 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotních zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče,

---

<sup>19</sup>MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 2012. s. 145.

- vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb,
- vyhláška č. 229/2008 Sb., o výrobě a distribuci léčiv,
- vyhláška č. 228/2008 Sb., o registraci léčivých přípravků,
- vyhláška č. 106/2008 Sb., o správné praxi prodejců vyhrazených léčivých přípravků a o odborném kurzu prodejců vyhrazených léčivých přípravků,
- vyhláška č. 226/2008 Sb., o správné klinické praxi a bližších podmínkách klinického hodnocení léčivých přípravků,
- vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů,
- vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky,
- vyhláška č. 85/2008 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek a pomocných látek, které lze použít pro přípravu léčivých přípravků,
- vyhláška č. 86/2008 Sb., o stanovení zásad správné laboratorní praxe v oblasti léčiv,
- vyhláška č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely,
- vyhláška č. 384/2007 Sb., o seznamu referenčních skupin,
- vyhláška č. 385/2007 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek určených k podpůrné a doplňkové léčbě,
- vyhláška č. 115/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 385/2007 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě.<sup>20</sup>

### **Farmakoeconomika**

Snaha zvýšit ekonomickou efektivnost zdrojů vkládaných do zdravotnictví vedla k politice zadržování nákladů a k implementaci zdravotní politiky založené na důkazech. Výsledkem výše uvedených tendencí je vznik nových vědních disciplín, ekonomiky zdravotnictví a farmakoeconomiky. Farmakoeconomika je chápána jako poměrně samostatná disciplína ekonomiky zdravotnictví a v řadě zemí je stále více využívána při tvorbě lékové politiky.

---

<sup>20</sup>Státní ústav pro kontrolu léčiv, [online]. *Legislativa a pokyny*

Farmakoeconomické postupy jsou vhodným metodickým a užitečným nástrojem pro farmaceuty a manažery zdravotnických zařízení. Umožňují optimalizovat lékovou politiku dané instituce, jsou nástrojem při sestavování pozitivních listů léčiv a umožňují do hloubky analyzovat faktory, které působí na spotřebu jednotlivých druhů léčiv v daném regionu.<sup>21</sup>

Jedním z oborů zdravotnické ekonomiky je farmakoeconomika. Je to věda, která se zaměřuje na popis a analýzu nákladů farmaceutických služeb a farmaceutických produktů a jejich přínos pro jednotlivce, zdravotnictví a společnost. Je ji možno uplatnit na mnoha úrovních našeho zdravotnictví. Lékaři, manažeři i politici se řídí zásadou, že vynakládat peníze na neefektivní léčbu je neetické, protože tyto prostředky by pak chyběly jinde.<sup>22</sup>

Cílem farmakoeconomiky je předkládat relevantní informace pro rozhodování o ekonomicky a medicínsky nejvhodnějším způsobu terapie.

Farmakoeconomika je vědní obor postavený na principech jiných disciplín (statistika, ekonomie, farmakologie, epidemiologie aj.), který při stanovení hodnoty léčivých přípravků a léčebných postupů využívá porovnání jejich nákladů a přínosů. Farmakoeconomické analýzy pomocí popisných a analytických metod hodnotí léčebné zákroky v různých zdravotních systémech za účelem poskytnout podklady pro alokaci omezených zdrojů. Farmakoeconomická analýza se porovnáním spotřeb zdrojů a jejich výsledků při použití různých terapeutických postupů zaměřuje na odhalení efektivní léčebné technologie.

Náklady jsou většinou vyjadřovány ve finančních jednotkách, neboť výsledkem analýzy je podíl vynaložených nákladů na jednotku účinnosti. Přínos je možné vyjádřit více způsoby, na základě nichž se rozlišují typy ekonomických analýz. Podmínku vytvoření vztahu mezi náklady a přínosy a jejich porovnání s alternativními technologiemi některé metody hodnocení zdravotnických technologií nesplňují. Mohou sloužit jako pomocné metody nebo analýzu zjednodušit.

Mezi analýzy, které nezahrnují přínosy zdravotnické technologie nebo předpokládají stejnou účinnost mezi srovnávanými technologiemi, patří analýza nákladů (cost analysis), analýza minimalizace nákladů (cost minimization analysis) a analýza dopadu na rozpočet (budget impact analysis). Vzájemné porovnání více technologií neumožňuje

---

<sup>21</sup>PRÁZNOVCOVÁ Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 2005. s. 56.

<sup>22</sup>PRÁZNOVCOVÁ Lenka a Ladislav STRNAD. *Farmakoeconomika pro lékaře, farmaceuty a manažery zdravotnických zařízení*. 2005. s. 10.

analýza důsledků nákladů (cost consequence analysis). Po stránce ekonomické, porovnání s alternativami ve smyslu nákladů a i přínosů umožňuje analýza prospěšnosti nákladů (cost-benefit analysis). Po stránce ekonomicko-medicínské je to analýza nákladové efektivity (cost effectiveness analysis) a analýza užitečnosti nákladů (cost-utility analysis).<sup>23</sup> Ekonomické analýzy včetně způsobů vyjádření nákladů a přínosů jsou uvedeny v Tab. 2.1.

**Tab. 2.1 Typy ekonomických analýz podle uvažovaných nákladů, přínosů a sledování alternativ**

<b>Typ analýzy</b>	<b>Způsob měření/ohodnocení nákladů</b>	<b>Identifikace přínosů sledované technologie i alternativ</b>	<b>Způsob měření/ohodnocení přínosů</b>
<b>Analýza nákladů</b>	finanční jednotky	nesledují se	nesledují se
<b>Analýza minimalizace nákladů</b>	finanční jednotky	účinnost shodná pro sledované alternativy	nesledují se
<b>Analýza dopadu na rozpočet</b>	finanční jednotky	rozdíl nákladů mezi alternativami pro všechny léčené pacienty	finanční jednotky
<b>Analýza důsledků nákladů</b>	finanční jednotky	komplexní účinnost konkrétní technologie bez porovnání s alternativou	kombinace více relevantních jednotek
<b>Analýza prospěšnosti nákladů</b>	finanční jednotky	jednotná či komplexní účinnost složená z více sledovaných parametrů (nemusí být stanovena shodně)	finanční jednotky
<b>Analýza nákladové efektivity</b>	finanční jednotky	jednotná účinnost společná oběma alternativám, dosažená v různém rozsahu	přirozené jednotky (získané roky života, snížení tlaku krve apod.)
<b>Analýza užitečnosti nákladů</b>	finanční jednotky	jednotná či komplexní účinnost složená z více sledovaných parametrů (nemusí být stanovena shodně)	roky života obvykle vztažené ke kvalitě (QALY)

Zdroj: ŘÍHOVÁ, Barbora. *Metodologie farmakoekonomických studií včetně CEA analýz*. 2011. s. 823. Vlastní zpracování.

## **Farmakoekonomika v ČR**

Požadavek na hodnocení nákladové efektivity se v české legislativě objevil v roce 2008. V novele zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, v § 39b, který definuje zásady stanovení nebo změn výše a podmínek úhrady

<sup>23</sup>ŘÍHOVÁ, Barbora. *Metodologie farmakoekonomických studií včetně CEA analýz*. 2011. s. 820 – 823.

léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, je uvedeno hodnocení nákladové efektivity a předpokládaného dopadu na prostředky zdravotního pojištění. Vyhláška č. 92/2008 Sb., o stanovení seznamu zemí referenčního koše, způsobu hodnocení výše, podmínek a formy úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a náležitostech žádosti o stanovení výše úhrady, vydaná Ministerstvem zdravotnictví ČR, rozvíjí některá pravidla nákladové efektivity.

Státní ústav pro kontrolu léčiv, který vede řízení o stanovení výše a podmínek úhrady, je oprávněn hodnotit analýzu nákladové efektivity a analýzu dopadu na rozpočet. Podle těchto předpisů mohou žadatelé o úhradu předložit SÚKL hodnocení nákladové efektivity, které je chápáno jako úspora prostředků při dosažení stejných terapeutických výsledků (odpovídá definici analýzy minimalizace nákladů). Podle definice analýzy minimalizace nákladů by neměl být hrazen žádný léčivý přípravek, který prokázal větší účinnost, avšak za vyšší cenu než stávající terapie. Právě díky rozvíjejícímu se výzkumu a vývoji se objevují technologie přinášející větší účinnost za vyšší cenu. Právě tyto nové technologie jsou cílem ekonomického hodnocení. Dříve, než bylo v České republice uzákoněno hodnocení nákladové efektivity v novele zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, se informace o možnostech využití farmakoekonomiky šířily pomocí České farmakoekonomické společnosti.

V ČR není daná oficiální metodika, která by stanovovala pravidla k provádění a hodnocení farmakoekonomických analýz. Žadatel pro podporu žádosti o výši a podmínkách úhrady může doložit jakýkoliv typ analýzy. Kvalitu dodané farmakoekonomické analýzy hodnotí SÚKL. Standardní proces hodnocení zdravotních technologií a léčiv obsahuje fázi hodnocení, která pomocí vědeckých přístupů a zdravotní ekonomiky posuzuje kvalitu a úplnost důkazů o účinnosti, bezpečnosti a nákladech, nákladovou efektivitu a dopad na rozpočet. S těmito výsledky pracuje fáze rozhodovací, do které se promítají pohledy zúčastněných skupin (pacientů, plátců, odborných společností, tvrzení zdravotní a lékové politiky).<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup>DOLEŽAL, Tomáš a kolektiv. *Principy farmakoekonomického hodnocení – světové trendy a česká realita*. 2011. s. 825 – 827.

## 2.3 Trh a ceny farmaceutických produktů

Léčivé přípravky a léčivé látky definuje zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a používá pro ně souhrnný pojem léčiva. Léčivým přípravkem se podle §2 zmíněného zákona rozumí:

- látka nebo kombinace látek prezentovaná s tím, že má léčebné nebo preventivní vlastnosti v případném onemocnění lidí nebo
- látka nebo kombinace látek, kterou lze použít u lidí nebo podat lidem za účelem obnovy, úpravy či ovlivnění fyziologických funkcí prostřednictvím farmakologického, imunologického nebo metabolického účinku nebo za účelem stanovení lékařské diagnózy.

Léčivou látkou se rozumí jakákoliv látka bez ohledu na její původ, který může být:

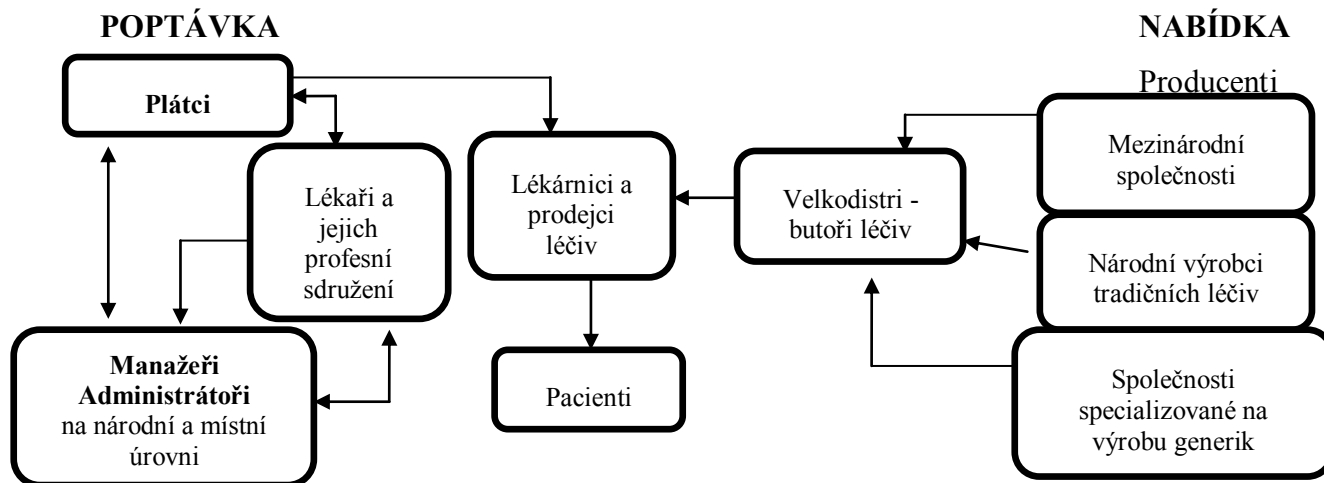
- lidský, např. lidská krev, její složky a přípravky z lidské krve,
- živočišný,
- rostlinný nebo
- chemický.

Na trhu s léčivými se setkáváme se vztahy mezi nabídkou a poptávkou a regulací trhu pomocí vládních intervencí. Léčiva patří mezi druhy komodit, které mají řadu specifík: konečný spotřebitel není schopen určit užitnou hodnotu léčiva, přínos léčiva pro pacienta je v mnohých případech obtížné změřit a v systému hrazení zdravotní péče je nutné vytvořit dlouhodobou rovnováhu na straně nabídky a poptávky. Na straně poptávky působí tři skupiny aktérů: lékaři, pacienti a plátcí zdravotních služeb. Lékaři předepisují velkou část léčiv a mohou ovlivnit spotřebu jednotlivých léčiv. Pacienti jsou konečnými spotřebiteli, pro které mají léčiva největší prospěch, nicméně oni sami nerozhodují o výběru léčiv. Plátce představují v České republice zdravotní pojišťovny (viz Příloha č. 1). Plátcí usilují o to, aby výdaje na léčiva byly v souladu s příslušnými rozpočty a aby se nepřekročily vynakládané částky na léčiva. Aby byla splněna tato kritéria, je zapotřebí stanovit různá regulační opatření. Na straně nabídky působí producenti léčiv. Obr. 2.4 ilustruje vztah mezi poptávkou a nabídkou v tržním modelu léčiv. Podle obr. 2.4 patří mezi producenty mezinárodní společnosti, národní výrobci tradičních léčiv a společnosti specializované na výrobu generik.



Vyjednávání mezi aktéry působícími na straně poptávky a nabídky má velkou úlohu při cenotvorbě léčiv.<sup>25</sup>

**Obr. 2.4 Tržní model léčiv**



Zdroj: PRÁZDNOVCOVÁ, Lenka. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 2005. s. 19. Vlastní zpracování.

### 2.3.1 Cenová regulace léčiv

Léčiva podléhají cenové regulaci. Jedná se pouze o ty léčivé přípravky, které jsou hrazeny plně nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění. Léčiva, která nejsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tedy nepodléhají cenové regulaci. Výrobci je mohou uvádět na trh za libovolnou cenu a distributoři a lékárny mohou uplatnit libovolnou obchodní přírážku. Smyslem cenové regulace je udržení stability a racionality cen. Cenové regulaci podléhá cena původce a obchodní přírážka. Podle cenového předpisu 1/2013/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely je původce „u hromadně vyráběných léčivých přípravků a léčivých přípravků pro moderní terapii držitel rozhodnutí o registraci, je-li léčivý přípravek registrován, nebo dovozce nebo tuzemský výrobce, je-li používán v rámci specifického léčebného programu; u potravin pro zvláštní lékařské účely dovozce nebo tuzemský výrobce; u připravovaných léčivých přípravků lékárna nebo další pracoviště podle zvláštního právního předpisu.“ Pro cenu původce je způsobem regulace stanovení maximální ceny nebo věcné usměrňování ceny a pro obchodní přírážku je to regulace stanovení maximální obchodní přírážky. Vymezení maximálních cen, které nesmějí být překročeny při prodeji, je nejčastějším regulačním mechanismem. Maximální

<sup>25</sup>PRÁZDNOVCOVÁ Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 2005. s. 19 – 20.

cenou jsou regulovány ceny původců hromadně vyráběných léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, které splňují určité podmínky pro cenovou regulaci dané tímto cenovým předpisem. O maximálních cenách původce rozhoduje Státní ústav pro kontrolu léčiv ve správním řízení. Dalším regulačním mechanismem je věcně usměrněná cena, které podléhají připravované léčivé přípravky. Spočívá v tom, že je závazný postup při tvorbě a kalkulaci ceny původce a ve stanovení maximálního rozsahu možného zvýšení této ceny ve vymezeném období. Původce může v průběhu roku zvýšit cenu podléhající věcnému usměrňování nejvýše tak, aby nepřekročila v kalendářním roce o více než 3 % cenu platnou k 31. prosinci roku předcházejícího. Ministerstvo zdravotnictví ČR reguluje obchodní přírážku vymezením maximální obchodní přírážky (viz Tab. 2.2) všem léčivým přípravkům a potravinám pro zvláštní lékařské účely, které jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Maximální obchodní přírážka se stanovuje v procentní sazbě vypočtené z ceny uplatněné původcem vyjádřené v Kč bez daně z přidané hodnoty.<sup>26</sup>

Na cenu má vliv marketingová a prodejní strategie farmaceutické firmy. Metyš a Balog (2006, s. 100) tvrdí, že *„cena léčiva narůstá s každou obchodní transakcí, která je uskutečněna mezi výrobcem a konečnou spotřebou. Tři základní stupně, které ovlivňují konečnou cenu léku, jsou představitelé výrobce, velkoobchod a maloobchod. Každý stupeň určuje svou konečnou cenu a rozdíly mezi těmito cenami nazýváme obchodní rozpětí.“* Cena léku, kterou výrobce nabízí, se skládá z ceny surovin, práce, kapitálu, výzkumu a vývoje, propagace firmy a výrobku, „přiměřeného zisku“ (za přiměřený je považováno kolem 30 % z ceny léku) a dopravy. Dále se na konečné ceně podílí distribuční přírážka a daň z přidané hodnoty (dále jen DPH).<sup>27</sup>

Cenová regulace léčiv v ČR rozlišuje jednotlivé složky ceny, a to cenu výrobce a obchodní přírážku. V ČR se obecně regulují obě tyto složky. Konečná cena léku pro spotřebitele se pak skládá z ceny výrobce, obchodní přírážky a DPH. Cena výrobce je hodnota, za kterou byl lék dané lékárně dodán distributorem nebo výrobcem. SÚKL stanovuje horní limit ceny výrobce u hrazených léků. Obchodní přírážka je částka tvořená procentním podílem z ceny výrobce, o kterou může být tato cena navýšena, a pevnou částkou, tzv. „nápočet“. Nápočet představuje přírážku distributorů a lékárny. Daň z přidané hodnoty je pro rok 2014 stanovena ve výši 15 %. Od roku 2008 se sazba DPH za léky postupně zvyšovala, v roce 2008 a 2009 byla 9 %. Z toho vyplývá, že mezi lety 2008 – 2014 se DPH zvedlo o 6 %.

<sup>26</sup>Cenový předpis 1/2013/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.

<sup>27</sup>DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 2005. s. 213 – 214.

V 2010 došlo ke zvýšení snížené sazby DPH (za léky) na 10 %, a tato sazba zůstala nezměněna i v roce 2011. O rok později, tedy v roce 2012 došlo k další změně, a to z 10 % na 14 % DPH. V roce 2013 se sazba ze 14 % zvýšila na 15 % a na stejné výši zůstala také v roce 2014.<sup>28</sup> Stanovení maximální ceny léku výrobce má podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů v kompetenci SÚKL. Maximální obchodní přírážka je stanovena ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR.

**Tab. 2.2 Maximální obchodní přírážka**

Pásmo	Základ od (v Kč)	Základ do (v Kč)	Sazba	Nápočet (v Kč)
1	0,00	150,00	37 %	0,00
2	150,01	300,00	33 %	6,00
3	300,01	500,00	24 %	33,00
4	500,01	1 000,00	20 %	53,00
5	1 000,01	2 500,00	17 %	83,00
6	2 500,01	5 000,00	14 %	158,00
7	5 000,01	10 000,00	6 %	558,00
8	10 000,01	9 999 999,00	4 %	758,00

Zdroj: Cenový předpis 1/2013/FAR. Vlastní zpracování.

V rámci let 2008 - 2013 došlo k vývoji maximální obchodní přírážky. Její vývoj je zaznamenán v Příloze č. 2. V roce 2008 byla sazba v prvním pásmu na 36 % a v osmém pásmu 5 %. V meziročním srovnání došlo ke změně sazby pouze v pásmech 1 a 8. Nápočet ve druhém pásmu v roce 2008 činil 4,50 Kč a v roce 2013 byl 6,00 Kč. V osmém pásmu roku 2008 činil nápočet 656,50 Kč a 758,00 Kč v roce 2013. Ve všech pásmech došlo ke změnám nápočtu. Největší zvýšení nápočtu bylo zaznamenáno v osmém pásmu, a to o 101,50 Kč. V ostatních pásmech bylo zvýšení zanedbatelné, viz Příloha č. 2.

### 2.3.2 Spotřeba léčiv a výdaje na léčiva

Klíčové řešení způsobu zvyšování účinnosti a ekonomické efektivity zdravotnického systému vede k hledání opatření, která mají ovlivnit poptávku po zdravotních službách. K rozsáhlým způsobům omezení spotřeby léčiv patří zavedení regulačních poplatků za předepsaný recept nebo výdej léku, zavedení a zvyšování spoluúčasti pacientů na léčiva hrazená z veřejných prostředků, stanovení limitů pro lékaře na léčiva hrazené z veřejných

<sup>28</sup>BusinessInfo, *Daň z přidané hodnoty v Evropské unii* [online].

zdrojů, stanovení pozitivních (negativních) seznamů léčiv, přehodnocování sortimentu volně prodejných léčiv, podpora samoléčby lehkých poruch zdraví, atd. V zemích Evropské unie najdeme různé představy o ovlivňování poptávky po léčivech, tvorbě jejich cen pro konečné spotřebitele i o přístupu k úhradě léčiv z veřejných zdrojů.<sup>29</sup>

Na spotřebu léčiv působí mnoho faktorů:

- **Faktory demografické a biologické povahy:** věková struktura obyvatel, počet obyvatel, sociálně-ekonomická struktura populace, úroveň a struktura nemocnosti, struktura populace podle pohlaví, úroveň vzdělanosti obyvatelstva.
- **Faktory socioekonomického prostředí:** podíl výdajů na zdravotnictví HDP<sup>30</sup>, úroveň a struktura zaměstnanosti, ekonomická vyspělost země, úroveň sociální péče, životní úroveň obyvatelstva, míra diferenciací životní úrovně.
- **Zdravotnický systém:** typ zdravotnického systému, koncepce lékové politiky státu, organizace zdravotních služeb, úroveň disponibilních prostředků určených k financování zdravotních služeb, způsob financování zdravotní péče včetně způsobu financování léčiv, míra spoluúčasti na hrazení léčiv, způsob a míra regulace trhu léčiv.
- **Poskytovatelé zdravotní péče:** počet a struktura zdravotnických zařízení, kvalifikace lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, předepsané chování lékařů.
- **Plátcí zdravotních služeb:** disponibilní objem finančních prostředků, úroveň revizní a kontrolní činnosti, vztah mezi nároky a zdroji, vlastní léková politika.
- **Chování občanů:** způsob výživy, životní styl kuřáctví, alkoholismus a přístup k vlastnímu zdraví.
- **Producenti a distributoři léčiv:** pomocí marketingového mixu, do kterého patří produkty, distribuční cesta, cena, komunikace a propagace.
- **Zájmové skupiny:** aktivity profesních skupin, aktivity odborů, činnost různých zájmových skupin ve vztahu k ochraně zdraví.
- **Média.**<sup>31</sup>

---

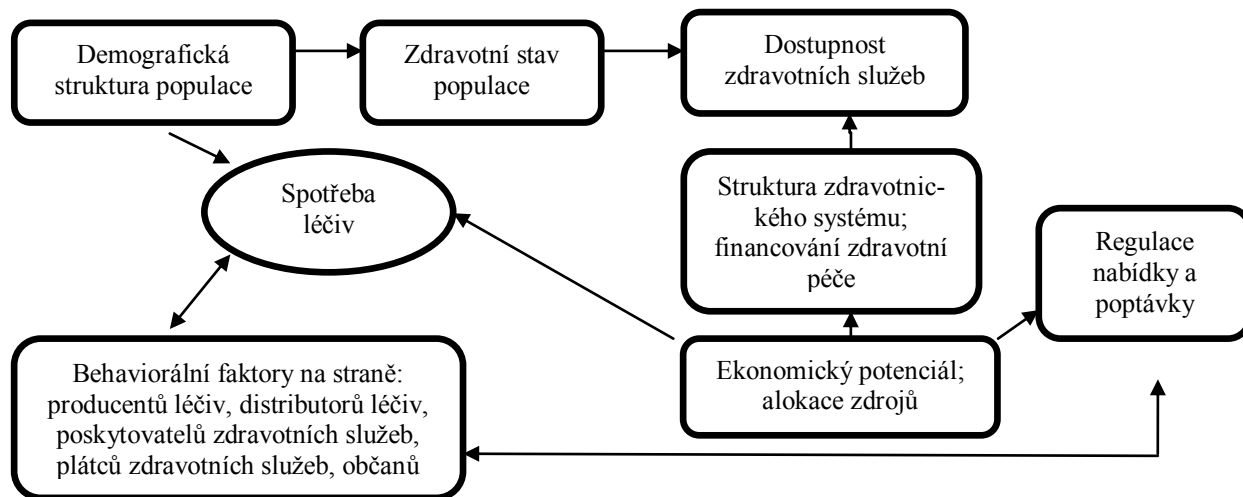
<sup>29</sup>PRÁZNOVCOVÁ Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 2005. s. 20 – 21.

<sup>30</sup>Podíl celkových výdajů zdravotnictví na hrubém domácím produktu (dále jen HDP) za rok 2012 byl 7,64 %, zdroj: ÚZIS ČR.

<sup>31</sup>PRÁZNOVCOVÁ Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 2005. s. 57.

Základní vazby mezi jednotlivými faktory působícími na spotřebu léčiv jsou uvedeny v obr. 2.5.

**Obr. 2.5 Faktory ovlivňující spotřebu léčiv**



Zdroj: PRÁZNOVCOVÁ Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. 2005. s. 58. Vlastní zpracování.

V následující Tab. 2.3 „Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků“ je znázorněn celkový objem výdajů na léčivé přípravky, počet balení a výdaje na léčivé přípravky na jednoho obyvatele v Kč v letech 2008 – 2012.

**Tab. 2.3 Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků**

Rok	Celkem v mld. Kč	Počet balení v mil. ks	Na 1 obyvatele v Kč
2008	52,80	317,73	5 062
2009	58,31	312,30	5 558
2010	59,04	304,59	5 613
2011	58,74	296,70	5 614
2012	58,72	280,19	5 587

Zdroj: ÚZIS ČR, *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012*, s. 47. Vlastní zpracování.

Tab. 2.3 ilustruje vývoj distribuovaných léčivých přípravků v rozmezí let 2008 - 2012. V roce 2012 bylo dodáno 280,19 milionů balení léčivých přípravků do lékáren, zdravotnických zařízení a prodejcům vyhrazených léčiv. Od roku 2008 je patrné každoroční snížení počtu balení. Podle ÚZIS ČR se jedná v roce 2012 o nejnižší počet balení za posledních 12 let. V peněžním vyjádření se jedná o 58,72 mld. Kč a oproti roku 2008 se tak peněžní výdaje na léčivé přípravky zvýšily o necelých 6 mld. Kč. Pokud by všechny přípravky dodané distributory do zdravotnických zařízení byly použity pacienti v České

republiky, pak by průměrná spotřeba léčivých přípravků jedním občanem ČR činila 26,70 balení, v hodnotě 5 587 Kč za rok 2012. Tab. 2.3 dále dokumentuje, že výdaje, které vydává obyvatel ČR na léčivé přípravky, se od roku 2008 každoročně zvyšovaly, kromě roku 2012, kdy došlo k poklesu oproti roku 2011 o 27 Kč.

### 2.3.3 Regulace výdajů na léčiva

Řada evropských zemí zavádí opatření vedoucí k zastavení nebo zpomalení tempa růstu výdajů na léčiva. Velikost výdajů na léčiva je ovlivňována celkovým počtem obyvatel, demografickými změnami, životním stylem obyvatel a zdravotním stavem. Na velikosti výdajů se účastní i stát prostřednictvím lékové politiky. Dalším faktorem působícím na velikost výdajů jsou silné zájmové skupiny, především výrobci (farmaceutické firmy) a distributoři léčiv, u kterých hraje důležitou roli velikost obchodní přírážky.<sup>32</sup> Výdaje vyspělých zemí z veřejných zdrojů na léčiva jsou kolem 15 – 20 % celkových výdajů na zdravotnictví.<sup>33</sup> Méně vyspělé země vynakládají na léčiva více než 20 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Velikost výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích Evropské unie podle druhu zdravotní péče za rok 2010 nalezneme v Příloze č. 3.

Na zvyšující se výdaje na léčiva působí spotřeba používaných léčiv, ale i výroba nových moderních léků. Regulace výdajů na léčiva je poměrně citlivou otázkou ve všech vyspělých zemích. Většina vyspělých zemí byla nucena v devadesátých letech přijmout řadu opatření v oblasti regulace výdajů na léčiva. Evropská unie ponechává organizování a financování zdravotnictví na rozhodnutí národních vlád. Regulace výdajů musí být součástí lékové politiky, jinak hrozí, že přijatá regulační opatření budou neefektivní.

Způsob regulace výdajů na léčiva závisí na:

- uspořádání zdravotnického systému,
- dynamice ekonomického růstu jednotlivých zemí,
- ekonomickém potenciálu,
- tradicích,
- síle jednotlivých zájmových skupin.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup>MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 2012. s. 117 – 119.

<sup>33</sup>Mezinárodní porovnání výdajů na zdravotnictví [online].

<sup>34</sup>MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 2012. s. 124 – 126.

K regulaci se používají opatření na straně poptávky i na straně nabídky. **Na straně nabídky** se můžeme setkat s problematikou stanovení cen, systémem referenčních úhrad a vyjednáváním o ceně nového přípravku. Při stanovení cen vycházíme z cenového předpisu vydaného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Úhrada léčiv je složitý a komplexní systém příspěvků na cenu léčiv z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úhrada představuje částku, kterou pacientovi přispívá zdravotní pojišťovna, pacient si zaplatí rozdíl mezi konečnou cenou léčiv a úhradou od zdravotní pojišťovny. Úhradová regulace v České republice se realizuje pomocí tzv. referenčního systému. Reguluje se buď referenční skupina, základní úhrada referenční skupiny, anebo úhrada konkrétního léčivého přípravku. Referenční skupina znamená, že léčiva jsou sdružována do skupin, která má stanovenou základní úhradu léčiv v dané skupině. Výše základní úhrady referenční skupiny se stanoví na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Pokud máme vypočítanou základní úhradu referenční skupiny, která je stanovena za obvyklou denní dávku, úhradu konkrétního léčivého přípravku vypočítáme tak, že základní úhrada za obvyklou denní dávku se vynásobí počtem obvyklých denních dávek v balení toho kterého přípravku.<sup>35</sup>

Vyjednávání o ceně nového přípravku je již popsáno výše. Dalším možným prostředkem pro regulaci jsou tzv. pozitivní a negativní listy. Pozitivní list je pomůcka pro předepisujícího lékaře poskytující informaci o tom, které léčivé přípravky jsou hrazené ze zdravotního pojištění a jsou nejméně nákladově náročné z pohledu zdravotních pojišťoven. Tyto léčivé přípravky jsou doporučovány k preskripci. Negativní listy nám poskytují informace o tom, které léčivé přípravky nejsou hrazené. Pozitivní listy jsou vydávány jednak Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR a také Svazem zdravotních pojišťoven ČR.

**Na straně poptávky** působí lékaři, pacienti, lékárníci a distributoři. U lékařů se setkáváme se stanovením limitů na léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění, které by měli lékaři dodržovat. Pacient je povinen doplácet na léky. Stále více se usiluje o větší spoluúčast pacienta. U pacienta s rozvojem trhu souvisí další regulace volně prodejných přípravků, bez potřeby lékařského předpisu. U lékárníků je to tzv. generická substituce, která umožňuje lékárníkům vydat generický lék (levnější lék se stejným lékařským účinkem) místo předepsaného originálního léku.

---

<sup>35</sup>Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Úhradová regulace léčiv* [online].

## 2.4 Lékárny

Lékárenství představuje odvětví farmacie, které se zabývá zdravotnickými zařízeními, zabezpečením zdravotnických potřeb a léčiv pro pacienty. Úkoly lékárenství jsou realizovány v lékárně. Lékárna je specializovaný maloobchod, kde se kromě prodeje a výdeje léků setkáváme s prodejem zdravotnických potřeb ostatního sortimentu. Mezi úkoly a činností lékáren patří zejména výdej a prodej léčiv a zdravotnických potřeb, poskytování záruk na kvalitu distribuovaného zboží, příprava léků a léčivých přípravků, zásobování podle potřeb pacientů a zdravotnických zařízení, konzultační a informační činnost pro odborníky i laiky, řízení administrativy a další činnosti.

### 2.4.1 Kategorie pracovníků v lékárně

Oprávnění zacházet s léčivy mají pouze zdravotničtí pracovníci, kteří k tomu získali příslušnou kvalifikaci. Pracovníci mají povinnost celoživotního vzdělání a zachování povinné diskrétnosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu svého povolání. Personál lékárny se skládá z několika zdravotnických profesí, ke kterým patří:

- lékárnice, lékárník (farmaceut),
- farmaceutický asistent/ka,
- sanitárka.

Farmaceut je absolvent/ka vysokoškolského studia farmacie. Disponuje teoretickými ale i praktickými znalostmi o léčivech a léčivých přípravcích, o léčivých látkách a jejich přípravě. Má kvalifikaci poskytovat informace o léčivech veřejnosti, ale i dalším zdravotnickým pracovníkům. Mezi jeho hlavní činnosti patří příprava, kontrola a výdej léčiv na recept. Zároveň poskytuje pacientovi informace, zda se předepsaná léčiva snesou s léčivy nebo doplňky stravy, které užívá. Je oprávněn zastávat funkci „odborný zástupce lékárny“ a je odpovědný za poskytnutí odborných informací, zacházení s léčivy v lékárně a za kvalitní a bezpečnou práci celé lékárny. Je to odborník s atestací, schválený Českou lékárnickou komorou.

Farmaceutický asistent musí mít úplné středoškolské zdravotnické vzdělání. Může pracovat samostatně, ale také podle pokynů farmaceuta, lékaře či vedoucího zdravotnického pracovníka. Asistent má na starosti příjem a uložení léčiv, kontrolu a přípravu léčiv dle platné



legislativy, prodej volně prodejných léčiv a dalšího sortimentu lékárny. Léky na recept vydávat nemůže.

Sanitárka je pracovnice lékárny, která odpovídá za čistotu ploch i laboratorního nádobí, které se používá pro přípravu individuálně připravovaných léčiv. Sanitárka je proškolená kurzem pro sanitáře. Nemůže vydávat léky, ani o nich poskytovat informace.<sup>36</sup>

Lékárna musí mít nejméně jednu osobu s vysokoškolským vzděláním ve farmacii, která je odpovědná za činnost lékárny podle právních a jiných předpisů. Většinou vystupuje jako vedoucí lékárny. Vedoucím lékárníkem může být také provozovatel lékárny nebo jím určený odborník s atestací. K výdeji léčiv jsou oprávněny osoby uvedené v zákoně č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů. Léčivý přípravek může být vydán i jiné osobě než je uvedená na receptu, za předpokladu, že farmaceut nemá pochybnosti o špatném zacházení s přípravkem a jeho případném zneužití.<sup>37</sup>

Dalšími pomocnými pracovníky lékárny mohou být skladník, účetní, dermoporadkyně, nutriční terapeutka.

Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb stanovuje požadavky na personální zabezpečení lékárenské péče. Požadavky na personální zabezpečení v lékárně:

- farmaceut se specializovanou způsobilostí,
- farmaceut se specializovanou způsobilostí pro odborné pracoviště pro přípravu sterilních léčivých přípravků, pro přípravu radiofarmak,
- farmaceut s odbornou způsobilostí pro odborné pracoviště pro kontrolu léčivých přípravků a přípravu zkoumadel, a pro odborné pracoviště pro přípravu medicínálních plynů,
- farmaceutický asistent se specializovanou způsobilostí pro každé odborné pracoviště pro přípravu sterilních léčivých přípravků, a pro přípravu radiofarmak,
- farmaceut s odbornou způsobilostí nebo farmaceutický asistent se specializovanou způsobilostí pro odborné pracoviště pro výdej zdravotnických prostředků,

---

<sup>36</sup>METYŠ Karel a Peter BALOG. *Marketing ve farmacii*. 2006. s. 181.

Česká lékárnická komora, *Kategorie pracovníků v lékárně* [online].

<sup>37</sup>Tamtéž, s. 182.

- farmaceut s odbornou způsobilostí pro každé odloučené pracoviště pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických potřeb. Musí být zajištěna dostupnost farmaceuta se specializovanou způsobilostí a to buď telefonicky nebo elektronicky za účelem poskytnutí rady nebo pomoci, fyzická přítomnost v případě vyžádání do jedné hodiny od vyžádání,
- farmaceut s odbornou způsobilostí pro odborné pracoviště pro poskytnutí lékových informací.

Minimální personální zabezpečení zdravotních služeb ve výdejně zdravotnických prostředků zajišťuje farmaceutický asistent se specializovanou způsobilostí pro zdravotnické prostředky.<sup>38</sup>

Majitelem lékárny na území ČR se může stát i podnikatelský subjekt nezdravotnické povahy. Tyto subjekty neusilují o zákazníky podle kvality služeb, ale podle stanovených cen. V zájmu podnikatelských subjektů je zaujmout velké postavení na farmaceutickém trhu. Mohou toho dosáhnout tím, že vytvoří systém, ve kterém je výhodnější nákup zboží ve velkém. Výsledkem takového systému je vytvoření řetězců lékáren. Řetězcové lékárny by měly přinést kvalitnější a profesionálnější služby pro pacienty a nižší ceny zboží. Řetězení lékáren může ohrozit střední a malé lékárny vlastněné fyzickými osobami. Malé a střední lékárny jsou spíše orientované v malých městech a obcích, zatímco řetězce lékáren ve velkých městech, kde jsou prakticky nepostradatelné. Podle tiskových zpráv České lékárnické komory se může stát, že řetězec lékáren může nabídnout pacientovi cenové zvýhodnění, když přijde s receptem na léčivý přípravek právě k nim. Jelikož je lékárna závislá na výdeji léčivých přípravků na recept, mohl by odliv pacientů, kteří jdou k řetězci kvůli cenovému zvýhodnění, znamenat likvidaci některých provozovatelů. Ohrožení jsou takto provozovatelé na méně lukrativních, avšak pro pacienty velmi důležitých místech. Řetězce se snaží nabídnout pacientovi ne léčivý přípravek, pro který si přišel, ale takový, který je nejlevnější a se stejnou léčivou látkou (tzv. generická substituce). Řetězce mohou po výrobci, který má zájem být v jejich síti, požadovat bonusy ve výši určitého procenta z ceny léku. Je možné, že bonusy výrobce za realizovanou generickou substituci řetězec využívá spíše na vedení „cenové války“ za účelem získání většího podílu na trhu, než na reinvestice do zdravotní péče. Podle ČLnK je nejvíce lékáren ve vlastnictví právnických osob, druhým největším vlastníkem jsou

---

<sup>38</sup>Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb, příloha č. 4.

fyzické osoby, tj. lékárníci, a až pak zanedbatelné množství státních lékáren a lékáren ve vlastnictví fyzických osob – ne lékárníků.<sup>39</sup>

Sortiment, který lze v lékárnách najít, je pestrý a patří sem jak léčivé přípravky, tak léčivá kosmetika, zdravotnické potřeby, kojenecké potřeby atd. Můžeme zde najít jak léčiva na předpis, tak přípravky na volný prodej. Charakteristickým znakem ve větších lékárnách je tzv. „nedrugstorový“ typ, kde jsou dva pulty, z nichž u jednoho jsou léky vydávány na recept a u druhého pultu je tzv. „rukoprodej“, tedy prodej volně prodejných přípravků. Se zvyšujícím se počtem přípravků, které jsou rekvalifikovány na volně prodejné přípravky, stoupá i jejich reklamní důležitost. Lékárny jsou si vědomy konkurence, a tak pro udržení zákazníků vystavují slevové karty pro klienty. Občan se může sám rozhodnout, kterou lékárnou navštíví. V lékárně dostane informace spojené s užitím, uchováním přípravku, s jeho žádoucími účinky a nežádoucími účinky. Pacient se dostává do kontaktu s lékárnou také při vrácení léků po době expirace, které může odevzdat v kterékoli lékárně do příslušného kontejneru.<sup>40</sup>

Pacient, který přijde do lékárny vyzvednout si léky na recept, je povinen zaplatit regulační poplatek ve výši 30 Kč za recept. Na receptu mohou být maximálně dvě položky (dva různé druhy léků). Regulační poplatky jsou hrazeny za léky, které jsou částečně nebo plně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Regulační poplatek se nehradí při výdeji léků na recept, který není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, výdeji léků bez lékařského předpisu, výdeji lékařských pomůcek předepsaných na poukaz ani při vystavení tohoto poukazu. Poskytovatel lékařské péče je povinen oznamovat zdravotním pojišťovnám, současně s vyúčtováním za příslušné období, informace o regulačních poplatcích vybraných za recepty, s uvedením čísla pojištěnce, ke kterému se regulační poplatek, popřípadě doplatek váže, výši regulačního poplatku, den vydání plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a výši doplatku, která se započítává do limitu stanoveného zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Výše limitu za kalendářní rok u dětí do 18 let a u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 18. a 65. rok věku, je 2 500 Kč, ostatních pojištěnců 5 000 Kč.<sup>41</sup>

---

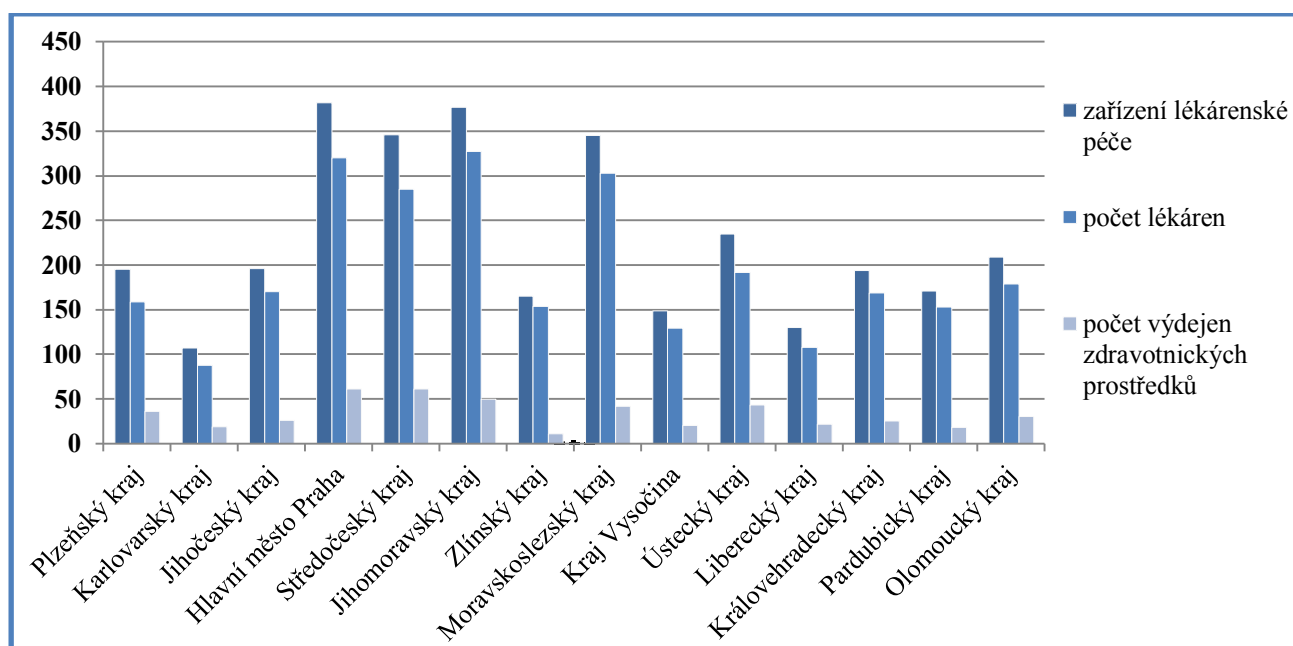
<sup>39</sup>Česká lékárnická komora, *Výroční zpráva za rok 2012* [online].

<sup>40</sup>METYŠ Karel a Peter BALOG. *Marketing ve farmacii*. 2006. s. 184 – 188.

<sup>41</sup>Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, § 16a.

Sít' lékáren není v ČR rozložena rovnoměrně. Lékárny se soustřeďují zejména do větších měst. Česká lékárnická komora podle dokumentu Priority České lékárnické komory pro období 2014 – 2017 chce pomocí opatření snížit počty lékáren ve velkých městech a zaměřit se na jejich otevření v malých obcích, kde doposud chybí. Podle ČLnK nerovnoměrná tvorba sítě zvyšuje fixní náklady, které nepřispívají k efektivitě této oblasti v poskytování zdravotní péče, a nepřiměřená koncentrace sítě lékáren ve větších městech vede, v důsledku snahy o snižování nákladů, ke zhoršené skladové dostupnosti některých léků a služeb, jako je příprava individuálně připravovaných léčivých přípravků.<sup>42</sup> S touto regulací nesouhlasí sít' lékáren, které upřednostňují otevření nové provozovny v obchodních centrech a na sídlištích. Regulace by se nejvíce dotkla zejména Hlavního města Prahy. Podle ÚZIS ČR byly nejvyšší tržby za léčiva a zdravotnické prostředky v Hlavním městě Praze v roce 2012, a to v průměru 26 237 tis. Kč, a v Moravskoslezském kraji 22 841 tis. Kč. Nejnížší tržby byly vykázány v Jihomoravském kraji (18 581 tis. Kč) a Libereckém kraji (18 755 tis. Kč).<sup>43</sup>

**Graf 2.1 Lékárenská zařízení v krajích za rok 2012**



Zdroj: ÚZIS ČR, *Kardexy - Zdravotnictví daných krajů 2012*. Vlastní zpracování.

Z grafu 2.1 je patrné, že nejvíce lékárenských zařízení je v Hlavním městě Praze, Jihomoravském kraji, Středočeském a Moravskoslezském kraji. Oproti tomu nejméně jich najdeme v kraji Karlovarském, Libereckém a kraji Vysočina. Je zřejmé, že je to dáno velikostí krajů a počtem obyvatel. Největší počet lékáren je zastoupen v Jihomoravském kraji, a to 327.

<sup>42</sup>Česká lékárnická komora, *Priority ČLnK 2014 – 2017* [online].

<sup>43</sup>ÚZIS ČR, *Lékárny v roce 2012* [online].

V Moravskoslezském kraji najdeme 303 lékáren a 42 výdejen zdravotnických prostředků (dále jen ZP). Oproti tomu velikostně srovnatelný Zlínský kraj má k 31. 12. 2012 lékáren 154 a 11 výdejen ZP, což je v počtu výdejen ZP nejméně ze všech krajů České republiky. Nejméně lékáren nalezneme v Karlovarském kraji. Pokud bychom porovnali procentní zastoupení lékáren v krajích oproti celkovému počtu lékáren v ČR, dojdeme ke stejným výsledkům jako v grafu 2.1. Při přepočtu množství lékáren na počet obyvatel v krajích zjistíme, že největší počet obyvatel na jednu lékárnou je v kraji Středočeském (4 551,03 obyvatel/1 lékárna) a Ústeckém (4 302,28 obyvatel/1 lékárna). Zajímavostí je podle ukazatelů kraj Středočeský s největším počtem obyvatel, který má oproti ostatním krajům velký počet lékáren, avšak počet obyvatel na jednu lékárnou je nejvyšší. Možným řešením je snížit zátěž lékáren. Středočeský kraj je na čtvrtém místě v pořadí s největšími tržbami připadajícími na jednu lékárnou. Je tedy pravděpodobné to, že když na jednu lékárnou ve Středočeském kraji vychází největší počet obyvatel, vede to k větším tržbám lékárny. Když se blíže zaměříme na kraj Moravskoslezský a Zlínský, zjistíme, že Moravskoslezský kraj se vždy umístí mezi prvními čtyřmi kraji jak z pohledu tržeb, tak i největším počtem lékáren a obyvatel na jednu lékárnou. Zlínský kraj se při počtu lékáren (154) řadí na 10. místo ze všech krajů, dosahuje průměrného počtu obyvatel na jednu lékárnou (3 809). Při tržbách mu patří třetí místo s největšími tržbami na jednu lékárnou (24 400 tis. Kč).

#### **2.4.2 Požadavky na technické a věcné vybavení**

Požadavky na vybavení lékárny jsou stanoveny ve vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Lékárna je rozdělena mezi základní a vedlejší prostory, kde mezi základní provozní prostory lékárny patří např.:

- místnost pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků pro veřejnost,
- místnost pro přípravu a úpravu léčivých přípravků,
- umývárna,
- prostor pro uchovávání léčivých přípravků a zdravotnických prostředků,
- místnost pro příjem dodávek zásob,
- odborná pracoviště pro přípravu sterilních léčivých přípravků, medicínálních plynů a radiofarmak, pokud jsou tato připravována,
- odborná pracoviště pro kontrolu léčivých přípravků a přípravu zkoumadel, pokud je kontrola a příprava prováděna,

- odborné pracoviště pro poskytování lékových informací, pokud je tato činnost prováděna.

Dále se mohou zřizovat tyto základní provozní prostory, a to odborné pracoviště pro výdej zdravotnických prostředků a odloučené oddělení pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. K vedlejším provozním prostorům lékárny patří prostor pro práci farmaceuta, sanitární zařízení pro zaměstnance a prostor pro úklidové prostředky.

Výše uvedená vyhláška stanovuje požadavky na místnosti určené k provozu lékáren. Místnost pro výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků pro veřejnost musí mít minimální plochu 28 m<sup>2</sup> a členit se na prostor pro výdej s výdejním místem, prostor pro veřejnost vybavený židlemi a prostor pro konzultační činnost, pokud je konzultační činnost prováděna. Také je zde uvedeno, že místnost pro přípravu a úpravu léčivých přípravků musí mít minimální plochu 12 m<sup>2</sup>. Umývárna musí mít minimální plochu 6 m<sup>2</sup> a má být vybavena dřezem a zařízením pro sušení laboratorních nástrojů a obalů, a pokud se v lékárně připravují sterilní léčivé přípravky, musí být umývárna vybavena též přístrojem na sterilizaci. Prostor pro uchovávání léčivých přípravků a zdravotnických prostředků musí mít minimální plochu 18 m<sup>2</sup> a tento prostor musí být vybaven chladnicím zařízením a dále nepřenosnou uzamykatelnou schránkou z kovu, pokud se skladují omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující. Místnost, kde je zařizován příjem dodávek zásob, musí mít minimální plochu 8 m<sup>2</sup>. Odborná pracoviště pro přípravu sterilních léčivých přípravků, pro přípravu medicínálních plynů a odborné pracoviště pro přípravu radiofarmak musí mít místnost pro přípravu léčivých přípravků, místnost pro dokumentaci a místnost pro uchovávání léčivých přípravků. Odborné pracoviště pro kontrolu léčivých přípravků a přípravu zkoumadel musí mít minimální plochu 10 m<sup>2</sup> a musí být vybaveno dřezem, umyvadlem a digestoři. Také je zde stanoveno, že odborné pracoviště pro poskytování lékových informací musí mít minimální plochu 6 m<sup>2</sup> a musí být vybaveno nábytkem pro práci zdravotnických pracovníků. Lékárna musí mít oddělený vstup pro veřejnost a oddělený vstup pro zaměstnance a příjem zásob.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup>Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, příloha č. 5.

### 3 HOSPODAŘENÍ VYBRANÝCH LÉKÁREN

V této praktické části jsou zkoumány dvě vybrané lékárny z okresu Uherské Hradiště. Kapitola nejdříve poskytuje charakteristiku okresu, jeho počet lékárenských zařízení, počet obyvatel připadajících na jednu lékárnu, tržby připadající na jedno lékárenské zařízení a počet receptů na jednoho obyvatele. Je zde popsána krátká charakteristika obou vybraných lékáren, zaměřena na její právní formu, rok vzniku, typ lékárny, umístění lékárny, otvírací dobu a počet zaměstnanců. K provedení analýz a porovnání byly sděleny citlivé informace, které by mohly být zneužity při zveřejnění, a proto na žádost majitelů lékáren nejsou lékárny v diplomové práci jmenované. Pro rozdělení vybraných subjektů je stanoven název první lékárny jako Lékárna „X“ a druhé lékárny jako Lékárna „Y“. Analýzy hospodaření vycházejí z poskytnutých finančních výkazů od daných lékáren za rok 2008 až 2012. Poskytnutými finančními výkazy od lékáren jsou rozvaha a výkaz zisků a ztrát. Dále bude provedena finanční analýza poměrových ukazatelů.

Rozvaha (balance) je jedním ze základních výkazů účetní závěrky. Podává přehled o majetku podniku a zdrojích jeho krytí v peněžních jednotkách k určitému dni. Díky přehledu majetku rozvaha umožňuje posoudit finanční situaci podniku. Výkaz zisků a ztrát (zkráceně výsledovka) je také základním výkazem účetní závěrky. Dává přehled o tom, jakého hospodářského výsledku společnost dosáhla za sledované období, tedy zda společnost dosahuje zisku, nebo ztráty.

Následně bude v kapitole provedena již zmíněná analýza poměrových ukazatelů, která na základě vybraných ukazatelů zhodnotí stav společnosti k věřitelům, využití aktiv a schopnost likvidity. Vybranými ukazateli jsou ukazatel rentability, ukazatel likvidity, ukazatel zadluženosti a ukazatel aktivity. Poměrové ukazatele určují vzájemný vztah mezi dvěma položkami účetních výkazů pomocí jejich poměrů. Pomocí těchto ukazatelů lze provést analýzu časového vývoje finanční situace a porovnat finanční situaci společnosti s obdobnými společnostmi. Při výpočtu těchto poměrových ukazatelů budou využity následující vzorce.

- **Ukazatel rentability** – měří výkonnost neboli produkční sílu podniku. Zisk, který zde bude použit, je uveden před úroky a daněmi, tedy ho lze chápat jako provozní výsledek hospodaření.

$$\text{Rentabilita celkového kapitálu (ROA)} = \frac{\text{zisk}}{\text{celkový kapitál}} \quad (3.1)$$

- Ukazatel nebere ohled na zdroj tohoto kapitálu, proto se využívají celková aktiva. Vyjadřuje schopnost využití aktiv podniku k uspokojování věřitelů.

$$\text{Rentabilita tržeb (ROS)} = \frac{\text{zisk}}{\text{tržby}} \quad (3.2)$$

- Tento ukazatel vyjadřuje ziskovou marži, která je důležitá pro hodnocení úspěšnosti podnikání. Hodnotu vyjádřené ziskové marže je vhodné porovnat s podobnými podniky.
- **Ukazatel likvidity** – podává informaci o tom, jak si firma stojí ve vztahu ke svým krátkodobým závazkům, tedy jak rychle je schopna splácet tyto závazky.

$$\text{Běžná likvidita} = \frac{\text{oběžná aktiva}}{\text{krátkodobé cizí zdroje}} \quad (3.3)$$

- Ukazatel běžné likvidity (likvidita III. stupně) udává, kolikrát pokrývají oběžná aktiva krátkodobé cizí zdroje. Doporučená hodnota by měla být v rozmezí 1,5 – 2,5.
- **Ukazatele aktivity** – poskytují informace o tom, jak efektivně ve firmě hospodaříme s aktivy.

$$\text{Obrat aktiv} = \frac{\text{tržby}}{\text{celková aktiva}} \quad (3.4)$$

- Obrat aktiv měří efektivnost využití veškerých aktiv ve firmě. Ukazuje, jak se zhodnocují aktiva ve výrobní činnosti firmy bez ohledu na zdroje jejich krytí.

$$\text{Doba obratu zásob} = \frac{\text{zásoby}}{\text{tržby}} \times 360 \quad (3.5)$$

- Doba obratu zásob udává, jak dlouho trvá jeden obrat, tj. doba nutná k tomu, aby peněžní fondy přešly přes zboží a výrobky znovu do peněžní podoby. Pro posouzení ukazatele je rozhodující jeho vývoj v časové řadě.

$$\text{Doba obratu pohledávek} = \frac{\text{krátkodobé pohledávky}}{\text{tržby}} \times 360 \quad (3.6)$$



- Doba obratu pohledávek udává dobu existence kapitálu ve formě pohledávek. Vyjadřuje dobu od okamžiku prodeje na obchodní úvěr, po které musí podnik v průměru čekat, než obdrží platby od odběratelů (doba splatnosti faktur).

$$\text{Doba obratu závazků} = \frac{\text{krátkodobé závazky}}{\text{tržby}} \times 360 \quad (3.7)$$

- Ukazatel doby obratu závazků vyjadřuje dobu od vzniku do doby jeho úhrady. Je důležitý pro posouzení časového nesouladu od vzniku závazku do jeho úhrady. Tento časový nesoulad ovlivňuje likviditu podniku. Pokud je doba závazků větší než součet obratu pohledávek a zásob, dodavatelské úvěry financují zásoby i pohledávky, což je výhodné.
- **Ukazatel zadluženosti** – podává nám informace týkající se úvěrového zatížení firmy.

$$\text{Celková zadluženost} = \frac{\text{cizí zdroje}}{\text{celková aktiva}} \times 100 (\%) \quad (3.8)$$

- Celková zadluženost charakterizuje finanční úroveň firmy. Ukazuje míru financování podnikových aktiv cizími zdroji.<sup>45</sup>

### 3.1 Charakteristika okresu Uherské Hradiště a vybraných lékáren

Obě vybrané lékárny se nacházejí na území okresu Uherské Hradiště (dále jen UH), Zlínský kraj. Uherskohradišťský okres je druhým nejmenším okresem Zlínského kraje podle počtu obyvatel. V okrese Uherské Hradiště bylo k 31. 12. 2012 evidováno 143 593 obyvatel. Nejvíce obyvatel se nachází ve věkové skupině 15 – 64 let, a to 68,7 % z celkového počtu obyvatel. Podle počtu zdravotnických zařízení bylo v okrese v roce 2012 zaznamenáno 44 lékáren a jedna výdejna zdravotnických prostředků. Po přepočtu obyvatel na jednu lékárnou připadá v okrese UH 3 261 obyvatel na 1 lékárnou. Okres Uherské Hradiště je pod celorepublikovým průměrem počtu obyvatel na jednu lékárnou, a to o 450 obyvatel. Z tohoto důvodu je z pohledu lékáren nejlépe zajištěným okresem ve Zlínském kraji. Expedovaných receptů a poukazů bylo vydáno celkem cca přes milion k 31. 12. 2012. Tržby za léčiva a zdravotnické prostředky na jednoho obyvatele dosahovaly 5 148 Kč. Celkem na jedno lékárenské zařízení v daném okrese připadá 3,95 pracovníků.<sup>46</sup>

<sup>45</sup>KNAPKOVÁ, Adriana, PAVELKOVÁ, Drahomíra a Karel ŠTEKER. *Finanční analýza*. 2013. s. 84 – 105.

<sup>46</sup>ÚZIS ČR, Lékařenská péče ve Zlínském kraji [online].

**Tab. 3.1 Tržby lékárenských zařízení (dále jen LZ) za rok 2012**

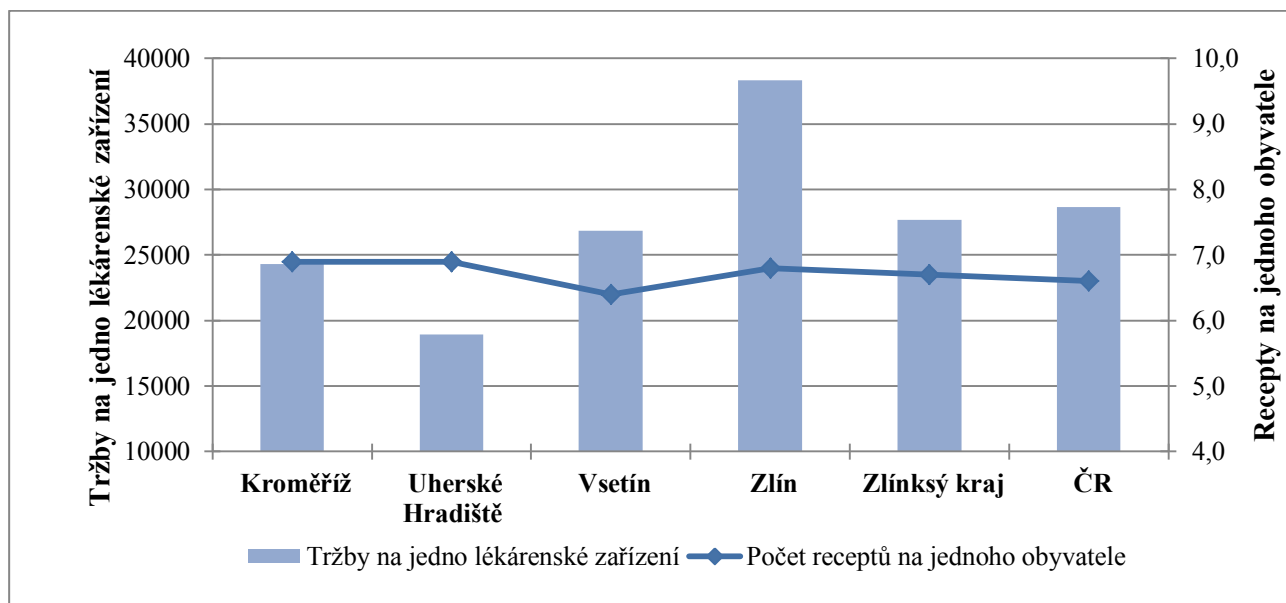
<b>Uherské Hradiště</b>		
<b>Druh tržby</b>	<b>Tržby na jedno LZ (v tis. Kč)</b>	<b>Podíl jednotlivých druhů tržeb v %</b>
<b>Od zdravotní pojišťovny za léčiva</b>	10 732	56,6
<b>Od zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky</b>	773	4,1
<b>Za doplatky od pacientů</b>	3 067	16,2
<b>Za volný prodej</b>	2 369	12,5
<b>Od zdravotnického zařízení</b>	1 965	10,4
<b>Od ostatních odběratelů</b>	47	0,2
<b>Celkem</b>	<b>18 953</b>	<b>100,00</b>

Zdroj: ÚZIS ČR, Lékárenská péče ve Zlínském kraji 2012, s. 6. Vlastní zpracování.

Tab. 3.1 ilustruje tržby LZ v okrese Uherské Hradiště. Největší podíl mají tržby od zdravotních pojišťoven za léčiva. Tyto tržby se podílejí 56,6 % na celkových tržbách LZ. Doplatky od pacientů se na celkových tržbách podílejí přibližně 3 mil. Kč na jedno lékárenské zařízení (16,2 %). Tržby z volného prodeje léčiv představují 12,5 % podíl připadající na jedno LZ. Pouhými 0,2 % se na tržbách účastní tržby od ostatních odběratelů (47 tis. Kč). Je tedy zřejmé, že lékárny jsou závislé na tržbách od zdravotních pojišťoven za léčiva. Pokud by tyto příjmy výrazně klesly, mohlo by to ohrozit existenci lékárny.

Graf 3.1 zobrazuje celkové tržby připadající na jedno lékárenské zařízení v daných okresech Zlínského kraje a také znázorňuje počet receptů připadající na jednoho obyvatele. Z grafu 3.1 je patrné, že nejnižší tržby na jedno lékárenské zařízení připadají právě na okres Uherské Hradiště (18 953 tis. Kč). Okres Zlín vykazuje nejvyšší tržby z celého Zlínského kraje, jejich výše (38 340 tis. Kč) je až jedenkrát vyšší než v Uherském Hradišti. Průměr tržeb na jedno lékárenské zařízení ve Zlínském kraji dosahuje téměř průměru České republiky. Nejméně receptů na jednoho obyvatele v hodnotě 6,4 ks připadá na okres Vsetín. V okrese Kroměříž a Uherské Hradiště na jednoho obyvatele připadá 6,9 receptů a v okrese Zlín je to 6,8 receptů na jednoho obyvatele. Při porovnání okresu Uherské Hradiště a Zlín je patrné, že i když se jejich počet receptů připadajících na jednoho obyvatele téměř neliší, rozdíl mezi tržbami je výrazný. Tento rozdíl může být vysvětlen počtem obyvatel připadajících na jednu lékárnu. V Uherském Hradišti na jednu lékárnu připadá 3 261 obyvatel, kdežto ve Zlíně je to 4 096 obyvatel.

**Graf 3.1 Tržby na jedno lékárenské zařízení (v tis. Kč) a počet receptů na jednoho obyvatele**



Zdroj: ÚZIS ČR, Lékařská péče ve Zlínském kraji v roce 2012, s. 11. Vlastní zpracování.

### **Lékárna „X“**

Lékárna „X“ se nachází v okrese Uherské Hradiště. Její právní forma je společnost s ručením omezeným (dále jen s.r.o.). Lékárna vznikla dnem zápisu do obchodního rejstříku v roce 1996 na dobu neurčitou. Je vedena u Krajského soudu v Brně. Předmětem podnikání je koupě zboží za účelem jeho dalšího prodeje a prodej, zprostředkovatelská činnost v oblasti obchodu a služeb a lékárna základního typu. Její základní kapitál představuje 100 000 Kč. Valná hromada a jednatel jsou orgány společnosti. Dozorčí rada v této společnosti není zřízena. V této společnosti je vytvořen rezervní fond, a to ve výši 5 % základního jmění, doplňuje se ročně nejméně o 5 % a až do výše 10 % základního jmění. Tato lékárna je poskytovatelem provozována v okrajové obci Uherského Hradiště. Její umístění je situováno u zdravotního střediska, tudíž je dobře situována pro pacienty, kteří právě navštívili lékaře v tomto středisku a byl jim vystaven recept nebo doporučen léčivý přípravek, který je volně prodejný. V obci se nachází pouze dvě lékárny. Jednou z nich je právě Lékárna „X“. Nabízí širokou škálu lékárenského zboží, např. léky na lékařský předpis, volně prodejné léky, zdravotní pomůcky (např. obuv), lékárenskou kosmetiku a další. V lékárně jsou v pracovním poměru zaměstnáni dva lidé. Otvírací doba lékárny je zobrazena v Tab. 3.2. Lékárna sídlí v přízemí budovy. Má dva výdejní pulty, kde jeden je určen pro výdej léků na recept a jeden pro volný prodej léčiv bez receptu.

## Lékárna „Y“

Lékárna „Y“ se nachází přímo ve městě Uherské Hradiště. Právní forma je společnost s ručením omezeným. Lékárna vznikla v roce 1998, a to zápisem do obchodního rejstříku na dobu neurčitou. Je stejně jako Lékárna „X“ vedena u Krajského soudu v Brně. Výše základního kapitálu činí 240 000 Kč. Mezi orgány společnosti patří valná hromada, jednatelé a dozorčí rada. Společnost vytváří rezervní fond, a to ve výši 10 % základního jmění (viz rozvaha Lékárny „Y“). Charakter lékárny je lékárna základního typu. Provádí prodej a výdej léků, vitamínů, zdravotnických potřeb a doplňků stravy. Poloha druhé lékárny je výhodnější, je umístěna v centru okresního města Uherské Hradiště. Avšak ve vzdálenosti do 300 metrů od Lékárny „Y“ se nachází 5 konkurenčních lékáren, které mohou ovlivnit návštěvnost této lékárny. Lékárna „Y“ je umístěna v přízemí zdravotnického zařízení a v horních třech podlažích mají ordinaci obvodní i specializovaní lékaři. Tudíž i pro tuto lékárnu je umístění u lékařů provádějících preskripci léčivých přípravků výhodné, pacienti nemusí do lékárny daleko a lékárně tak vzniknou tržby. Lékárna má dva pulty pro výdej léků, jeden z nich slouží k výdeji léčiv na recept a jeden pro volný prodej léčiv. V lékárně v roce 2013 pracovalo 9 zaměstnanců.

**Tab. 3.2 Otvírací doba lékáren**

Den	Lékárna „X“	Lékárna „Y“
<b>Pondělí</b>	07:30 – 14:00	07:30 – 16:30
<b>Úterý</b>	07:30 – 17:30	07:30 – 18:00
<b>Středa</b>	07:30 – 14:00	07:30 – 16:30
<b>Čtvrtek</b>	07:30 – 17:00	07:30 – 17:00
<b>Pátek</b>	07:30 – 15:00	07:30 – 15:30

Zdroj: Vlastní zpracování.

Tab. 3.2 „Otvírací doba lékáren“ nabízí přehled provozní doby v jednotlivých dnech. Obě lékárny mají jeden den v týdnu otevřeno nejdéle ze všech pracovních dnů. Také je zřejmé, že v pátek si provozní dobu lékárny zkrátily do 15:00 a 15:30 hod. Lékárna „X“ má nejkratší otvírací dobu v pondělí a ve středu, a to do 14:00 hod. Otvírací doba Lékárny „Y“ je o 6 hodin delší než u Lékárny „X“. Na delší provozní dobu má vliv zejména umístění Lékárny „Y“ v centru okresního města, která musí být více k dispozici občanům než lékárna v obci.

## 3.2 Hospodaření lékáren ve sledovaných letech

V následující podkapitole bude analyzováno hospodaření obou lékáren jednotlivě. Nejdříve bude uvedena rozvaha za celé sledované období 2008 – 2012, poté meziroční změna rozvahy za dané období a následně výkaz zisků a ztrát. Po zobrazení výsledků hospodaření v letech 2008 – 2012 bude podkapitola zaměřena na finanční analýzu Lékárny „X“ a Lékárny „Y“ pomocí poměrových ukazatelů.

### 3.2.1 Hospodaření Lékárny „X“

Hospodaření lékárny v letech 2008 – 2012 ilustrují Tab. 3.3 „Analýza rozvahy v období 2008 – 2012“, Tab. 3.4 „Meziroční změna v rozvaze v letech 2008 – 2012“ a Tab. 3.5 „Výkaz zisků a ztrát v letech 2008 – 2012“. Hodnoty z rozvahy jsou v netto hodnotách a vždy k 31. 12. daného roku. Údaje z výkazu zisku a ztrát jsou k 31. 12. sledovaného účetního období. Bilance lékárny je v každém roce vyrovnaná. Oba výkazy účetní závěrky (rozvaha a výkaz zisků a ztrát) jsou vyhotovené ve zjednodušeném rozsahu.

**Tab. 3.3 Analýza rozvahy v období 2008 – 2012 (v tis. Kč)**

Text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Dlouhodobý majetek</b>	0	0	1 704	1 681	1 623
- dlouhodobý hmotný majetek	0	0	1 704	1 681	1 623
<b>Oběžné aktiva</b>	1 815	1 584	1 378	1 336	1 078
- zásoby	447	434	446	441	426
- krátkodobé pohledávky	436	304	351	278	219
- krátkodobý finanční majetek	932	846	581	617	433
<b>AKTIVA CELKEM</b>	<b>1 815</b>	<b>1 584</b>	<b>3 082</b>	<b>3 017</b>	<b>2 701</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	744	803	675	783	856
- základní kapitál	100	100	100	100	100
- VH minulých let	296	444	402	575	684
- VH běžného účetního období	348	259	173	108	72
<b>Cizí zdroje</b>	1 071	781	2 407	2 233	1 845
- krátkodobé závazky	1 071	781	1 007	975	727
- dlouhodobé závazky (bankovní úvěry a výpomoci)	0	0	1 400	1 259	1 118
<b>PASIVA CELKEM</b>	<b>1 815</b>	<b>1 584</b>	<b>3 082</b>	<b>3 017</b>	<b>2 701</b>

Zdroj: Interní zdroje Lékárny „X“. Vlastní zpracování.

Z Tab. 3.3 je patrné, že lékárna v roce 2008 a 2009 nevlastnila žádný dlouhodobý majetek. Pořídila jej až v roce 2010 a jeho hodnota činila 1 704 tis. Kč. Do dlouhodobého hmotného majetku spadají budovy, haly a stavby. Lékárna investovala do pořízení prostor pro provoz své podnikatelské činnosti. Pořízení dlouhodobého majetku financovala především z úvěru, což je viditelné z položky pasiv dlouhodobé závazky (bankovní úvěry a výpomoci).

Úvěr od banky byl poskytnut ve výši 1 400 tis. Kč a dlouhodobý majetek byl zakoupen za 1 704 tis. Kč. V roce 2011 a 2012 je výše dlouhodobého majetku snížena o odpisy dlouhodobého majetku. Proto se hodnota tohoto majetku postupně snižuje a v roce 2012 je ve výši 1 623 tis. Kč. Položka bankovní úvěry a výpomoci se od roku 2010 do roku 2012 snižuje, a to o splátky úvěru. Jeho hodnota tak postupně klesá a v roce 2012 dosahuje výše 1 118 tis. Kč. Tato částka nám udává, kolik lékárně ještě chybí splatit z celkového úvěru, který obdržela od banky.

Struktura oběžných aktiv ve sledovaných letech je téměř neměnná. Oběžná aktiva jsou tvořena zásobami, pohledávkami a krátkodobým finančním majetkem. Největší položku představuje krátkodobý finanční majetek, dále zásoby a nakonec krátkodobé pohledávky. Z Tab. 3.3 je zřejmé, že si lékárna snaží držet průměrnou zásobu zboží určeného k prodeji (léčiv), a to ve výši 438,8 tis. Kč. V roce 2008 byl podíl zásob na celkových aktivech 25 % a v roce 2012 došlo k jeho snížení na 16 % celkových aktiv. Největší zásobu měla lékárna v roce 2008 (447 tis. Kč) a nejnižší v roce 2012 (426 tis. Kč). Tento vývoj nasvědčuje tomu, že se snaží o optimalizaci stavu zásob. Dražší léčiva jsou objednávana dle konkrétní poptávky zákazníků.

Podíl krátkodobého finančního majetku na celkových aktivech v roce 2008 tvořil 51 % a oproti roku 2012 došlo k jeho snížení o 35 % na pouhých 16 % celkových aktiv. Krátkodobý finanční majetek je složen z finanční hotovosti v pokladně a z peněz na bankovním účtu. Nejmenší podíl peněz v pokladně, tedy podíl hotovosti v pokladně na celkovém finančním majetku byl v roce 2008, a to 4 %, a nejvyšší (22 %) byl v roce 2012. Peníze v pokladně jsou pro lékárnou důležité, jelikož každodenně provádí hotovostní platby, neboť většina zákazníků nakupuje léčiva za hotové, musí mít lékárna vždy dostatek peněz v pokladně. Na zvyšující se hodnotu peněz v pokladně může mít také vliv zvýšení průměrné ceny jednoho balení léčivého přípravku oproti roku 2011 o 5,6 %. Zvýšila se ze 198 Kč v roce

2011 na 210 Kč v roce 2012.<sup>47</sup> Velikost peněz držených na běžných účtech nám dává impuls k tomu, že si lékárna na účtu drží poměrně velké množství peněz. Průměrná výše peněžních prostředků na běžném účtu za sledované období je 89 % celkového finančního majetku. To může vést k domněnce, že lékárna své závazky nehradí dle lhůty splatnosti.

Krátkodobé pohledávky se na celkových oběžných aktivech podílejí nejméně. Strukturu krátkodobých pohledávek tvoří pohledávky z obchodních vztahů (odběratelé) a stát – daňové pohledávky. Výše krátkodobých pohledávek se průměrně ve sledovaném období 2008 – 2012 pohybuje ve výši 317,6 tis. Kč.

Pasivní položka vlastního kapitálu se průměrně na celkových pasivech podílí 34 % a je každoročně složena ze základního kapitálu, výsledku hospodaření minulých let a výsledku hospodaření za běžné účetní období. Výše základního kapitálu je ve sledovaném období neměnná a to v hodnotě 100 tis. Kč (tak jak již bylo uvedeno v charakteristice Lékárny „X“). Významným je výsledek hospodaření běžného účetního období, lékárna každoročně dosahuje zisku. Část je vyplácena společníkům, část převedena do hospodářského výsledku minulých let, čímž dochází k navýšení vlastního kapitálu, vlastních zdrojů krytí majetku. Zisk v roce 2008 činil 348 tis. Kč, a velikost vlastního kapitálu byla 744 tis. Kč. Vlastní kapitál za sledované období tak dosahuje nejvyšší hodnoty v roce 2012 a to 856 tis. Kč, což odráží skutečnost, že od roku 2010 je celkový vytvořený zisk ponechán ve společnosti. Výsledek hospodaření minulých let (t) je vždy součet výsledku hospodaření minulých let za rok (t-1) a výsledku hospodaření běžného účetního období. Výsledek hospodaření za běžné účetní období je v nevyšší hodnotě zaznamenán v roce 2008 (348 tis. Kč) a v nejnižší hodnotě v roce 2012 (72 tis. Kč).

Struktura cizích zdrojů je kromě roku 2008 a 2009 složena z krátkodobých závazků a bankovních úvěrů a výpomocí. V prvních dvou sledovaných letech jsou to pouze krátkodobé závazky, tudíž tvoří 100 % cizích zdrojů. Krátkodobé závazky v roce 2008 byly největší položkou pasiv. Jak již bylo zmíněno výše, v roce 2008 a 2009 Lékárna „X“ na poslední položce pasiv neměla žádný bankovní úvěr. Krátkodobé závazky jsou složeny především ze závazků z obchodního styku, závazků k zaměstnancům, závazků ze sociálního zabezpečení, závazků vůči státu (daňové závazky). Nejvyšší podíl na krátkodobých závazcích mají závazky z obchodního styku, a to v průměru 89 %. Nejvyšší podíl 91 % je zaznamenán v roce 2010 (911 tis. Kč) a nejnižší 87 % v roce 2012 (635 tis. Kč). Závazky k zaměstnancům

---

<sup>47</sup>ÚZIS ČR, Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012 [online].

se průměrně na krátkodobých závazcích podílí 4,2 %. Nejvyšší podíl v hodnotě 5 % vykazovala lékárna v roce 2008 (33 tis. Kč) a 2011 (34 tis. Kč), oproti tomu nejnižší podíl 3 % byl zaznamenán v roce 2012 (35 tis. Kč).

Bilance je podle Tab. 3.3 vyrovnaná v každém sledovaném roce. Tab. 3.3 zobrazuje skutečnost, že dlouhodobý majetek lékárny (dlouhodobý hmotný majetek) je vždy kryt dlouhodobými zdroji, vlastním kapitálem a vytvořeným ziskem. Na krytí krátkodobých aktiv (zásob a pohledávek) se především podílí krátkodobé zdroje a z části zdroje dlouhodobé. Celková aktiva a pasiva v roce 2010 dosahují nejvyšších hodnot za sledované období 2008 - 2012. Rok 2010 byl rokem, kdy ke zvýšení aktiv přispěl nákup dlouhodobého hmotného majetku a přijatý úvěr od banky vedl k nárůstu pasiv. Tyto skutečnosti vedou k výše zmíněným nejvyšším hodnotám aktiv a pasiv za sledované období. Nejnížší aktiva a pasiva za sledované období jsou vykázána v předchozím roce (2009).

**Tab. 3.4 Meziroční změna v rozvaze v letech 2008 – 2012 (v tis. Kč)**

Text	Změna 2009/2008	Změna 2010/2009	Změna 2011/2010	Změna 2012/2011
<b>Dlouhodobý majetek</b>	0	+1 704	-23	-58
- dlouhodobý hmotný majetek	0	+ 1 704	-23	-58
<b>Oběžné aktiva</b>	- 231	-206	-42	-258
- zásoby	- 13	+12	-5	-15
- krátkodobé pohledávky	- 132	+47	-73	-59
- krátkodobý finanční majetek	-86	-265	+36	-184
<b>AKTIVA CELKEM</b>	<b>-231</b>	<b>+1 498</b>	<b>-65</b>	<b>-316</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	+58	-127	+109	+72
- základní kapitál	0	0	0	0
- VH minulých let	+148	-42	+173	+109
- VH běžného účetního období	-90	-85	-64	-37
<b>Cizí zdroje</b>	-289	+1 625	-174	-388
- krátkodobé závazky	-289	+225	-33	-247
- bankovní úvěry a výpomoci	0	+1 400	-141	-141
<b>PASIVA CELKEM</b>	<b>-231</b>	<b>+1 498</b>	<b>-65</b>	<b>-316</b>

Zdroj: Interní zdroje Lékárny „X“. Vlastní zpracování.



Podle Tab. 3.4 bylo největší zvýšení aktiv zaznamenáno v položce dlouhodobého hmotného majetku mezi rokem 2009 a 2010, a to o 1 704 tis. Kč (viz popis výše), a tento nárůst je za celé sledované období nejvyšší. Po roce 2010 je vždy dlouhodobý majetek snižen o výši oprávek.

U oběžných aktiv je zaznamenán v roce 2011 výrazně menší pokles než v ostatních letech. Tento stav je způsoben nízkým rozdílem na položce krátkodobého finančního majetku mezi rokem 2010 a 2011. U zásob jsou zaznamenány nepatrné meziroční rozdíly, způsobené tím, že lékárna se snaží výši zásob léčiv držet na takové úrovni jako je poptávka po léčivech.

Celková aktiva se v roce 2010 nejvíce meziročně zvýšila díky pořízenému majetku. Na rozdíl od tohoto roku v roce 2011 byla meziroční změna celkových aktiv za sledované období nejnižší, a to o 65 tis. Kč. V roce 2012 je také zaznamenán pokles, tudíž od roku 2010 je vývoj celkových aktiv klesající.

V roce 2010 u pasivní položky vlastního kapitálu došlo k snížení o 127 tis. Kč, k poklesu došlo díky meziročnímu snížení výsledku hospodaření minulých let o 42 tis. Kč, což svědčí o skutečnosti, že došlo k výplatě celého vytvořeného zisku roku 2009 a části zisku z minulého roku. Jak u vlastního kapitálu, tak u výsledku hospodaření minulých let byl vývoj v ostatních sledovaných letech kladný.

K největšímu zvýšení v pasivech došlo v roce 2010 u cizích zdrojů, a to o 1 625 tis. Kč. K tomuto zvýšení přispěl přijatý úvěr ve výši 1 400 tis. Kč a meziroční zvýšení krátkodobých závazků o 225 tis. Kč. V ostatních letech je u cizích zdrojů meziročně zaznamenán jejich pokles. K největšímu celkovému poklesu za sledované období 2008 – 2012 došlo v roce 2012 u cizích zdrojů, a to o 388 tis. Kč. Každoroční nulová změna je vykázána v položce základního kapitálu.

Největší nárůst celkových aktiv a celkových pasiv byl zaznamenán v roce 2010, a to o 1 498 tis. Kč. Nejmenší pokles byl dosažen v roce 2011 o 65 tis. Kč.

Následující Tab. 3.5 „Výkaz zisků a ztrát v letech 2008 – 2012“ zobrazuje položky základního výkazu účetní závěrky za každý sledovaný rok. Z výkazu získáme obchodní marži, přidanou hodnotu, provozní výsledek hospodaření, finanční výsledek hospodaření, výsledek hospodaření za běžnou činnost, mimořádný výsledek hospodaření, výsledek

hospodaření za účetní období a na poslední položce výkazu zisků a ztrát je vykázán výsledek hospodaření před zdaněním.

**Tab. 3.5 Výkaz zisků a ztrát v letech 2008 – 2012 (v tis. Kč)**

Text	2008	2009	2010	2011	2012
Tržby za prodej zboží	6 234	6 381	6 328	6 206	5 627
Náklady vynaložené na prodané zboží	4 748	4 943	4 939	4 840	4 238
<b>Obchodní marže (1. řádek – 2.)</b>	<b>1 486</b>	<b>1 438</b>	<b>1 390</b>	<b>1 365</b>	<b>1 390</b>
Výkony	0	0	0	25	33
Výkonová spotřeba	284	245	348	331	363
<b>Přidaná hodnota (3. + 4. - 5.)</b>	<b>1 202</b>	<b>1 193</b>	<b>1 042</b>	<b>1 060</b>	<b>1 060</b>
Osobní náklady	741	771	811	811	818
Daně a poplatky	2	0	7	3	2
Odpisy dl. hmotného a nehmotného majetku	0	0	0	24	58
Ostatní provozní výnosy	0	0	0	0	0
Ostatní provozní náklady	12	87	13	16	25
<b>Provozní výsledek hospodaření (6. - 7. - 8. - 9. + 10. - 11.)</b>	<b>447</b>	<b>335</b>	<b>211</b>	<b>206</b>	<b>158</b>
Výnosové úroky	1	0	0	0	0
Nákladové úroky	0	0	0	72	0
Ostatní finanční náklady	6	5	8	10	73
<b>Finanční výsledek hospodaření (13. - 14.)</b>	<b>-5</b>	<b>-5</b>	<b>-8</b>	<b>-82</b>	<b>-73</b>
Daň z příjmu za běžnou činnost	93	71	30	15	12
<b>Výsledek hospodaření za běžnou činnost (12. + 15. - 16.)</b>	<b>348</b>	<b>259</b>	<b>173</b>	<b>108</b>	<b>73</b>
Mimořádné náklady	0	0	0	0	1
<b>Mimořádný výsledek hospodaření (-18.)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-1</b>
<b>VH za účetní období (17. + 19.)</b>	<b>348</b>	<b>259</b>	<b>173</b>	<b>108</b>	<b>72</b>
<b>Výsledek hospodaření před zdaněním (12. + 15. - 18.)</b>	<b>441</b>	<b>330</b>	<b>203</b>	<b>124</b>	<b>84</b>

Zdroj: Interní zdroje Lékárny „X“. Vlastní zpracování.

Vzhledem k tomu, že lékárny obecně patří mezi obchodní organizace, nejvýznamnějšími položkami ve výkazu zisků a ztrát jsou tržby za prodej zboží a náklady vynaložené na prodané zboží. Každoročně se tržby za prodej zboží pohybují nad 6 200 tis. Kč, jen v roce 2012 je jejich výše 5 627 tis. Kč, tudíž je to nejnižší hodnota za sledované

období 2008 – 2012. Mezi rokem 2011 a 2012 došlo k poklesu tržeb přibližně o 9 %. Na tržbách za prodané zboží (léčiva) se nejvíce podílejí tržby od zdravotních pojišťoven za plně hrazené léčiva (v průměru 67 %), dále pak tržby za doplatky od pacientů za částečně hrazená léčiva a prostředky zdravotní techniky, tržby za volný prodej, tržby od zdravotnických zařízení a nakonec tržby od ostatních odběratelů.

Náklady vynaložené na prodej zboží (léčiv) jsou ve sledovaných letech nad 4 700 tis. Kč, jen v roce 2012 dosahují hodnoty 4 238 tis. Kč, tato hodnota je nejnižší za sledované období. Nejvyšší hodnota nákladů za prodané zboží je zaznamenána v roce 2009 ve výši 4 943 tis. Kč. Náklady vynaložené na prodané zboží tvoří 80 % celkových nákladů a vývoj hodnoty nákladů vynaložených na prodej zboží kopíruje vývoj tržeb za prodej zboží.

Při odečtu nákladů vynaložených na prodej zboží od tržeb za prodej zboží dostaneme částku obchodní marže. Procentní podíl obchodní marže na tržbách za prodané zboží je v roce 2008 v hodnotě 24 %. Nejnižší podíl byl zaznamenán v roce 2010 a 2011 (22 %) a největší podíl v posledním sledovaném roce 2012 ve výši 25 %. Vývoj obchodní marže a procentního podílu obchodní marže na tržbách za prodané zboží za sledované období ilustruje graf 3.2 „Obchodní marže Lékárny „X“ v letech 2008 – 2012“.

Pod výkony si lze představit tržby za prodej vlastních výrobků a služeb a změnu stavu zásob. V prvních třech sledovaných letech byly výkony zaznamenány v nulové hodnotě. V roce 2011 činily 25 tis. Kč a v roce 2012 činily 33 tis. Kč. Výkony (tržby za prodej služeb) se meziročně zvýšily o 8 tis. Kč. Strukturu výkonové spotřeby tvoří především ostatní služby, dále spotřeba energie a spotřeba materiálu. Vývoj struktury výkonové spotřeby má nerovnoměrný charakter, po poklesu následuje zvýšení a naopak. Nejvyšší hodnota je patrná v roce 2012, a to ve výši 363 tis. Kč, naopak nejnižší hodnota byla zaznamenána v roce 2009 (245 tis. Kč).

Přidaná hodnota vypočítaná jako obchodní marže plus výkony minus výkonová spotřeba určuje hodnotu, ze které by měly být pokryty veškeré náklady, a to, co zůstane, je vytvořený zisk. Výše přidané hodnoty se průměrně pohybuje v hodnotě 1 111,4 tis. Kč a meziročně nevykazuje významné výkyvy.

Do osobních nákladů se počítají mzdové náklady, zákonné sociální pojištění atd. Mzdové náklady se na osobních nákladech podílí přibližně 70 %. Výše osobních nákladů

se téměř každoročně nepatrně zvyšuje, jejich nejvyšší hodnota je zaznamenána v roce 2012, a to ve výši 818 tis. Kč. Daně a poplatky vykazují zanedbatelné hodnoty.

Odpisy dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku jsou patrné až v roce 2011 a 2012, tedy po zakoupení majetku v roce 2010 (viz výše). Majetek byl zařazen do užívání až v závěru roku 2010. Výše odpisů se meziročně zvýšila o 34 tis. Kč. Ostatní provozní výnosy vykazují nulové hodnoty ve všech sledovaných letech. Ostatní provozní náklady tvoří dary, ostatní pokuty a penále a členský příspěvek České lékárnické komory. Nejnižší hodnota byla zaznamenána v roce 2008, kdy činila 12 tis. Kč, a nejvyšší v roce 2009 ve výši 87 tis. Kč. Meziroční zvýšení ostatních provozních nákladů mezi roky 2008 a 2009 bylo ve výši 75 tis. Kč.

Provozní výsledek hospodaření dostaneme při odečtení všech provozních nákladů od provozních výnosů. Tento výsledek je pro lékárnu velmi důležitou položkou, protože ukazuje, jak se lékárně dařilo v její hlavní výdělečné činnosti. Ve sledovaném období 2008 – 2012 je zaznamenán klesající vývoj. Nejvyšší hodnoty dosahoval v roce 2008 ve výši 447 tis. Kč. V roce 2012 to bylo 158 tis. Kč, oproti prvnímu sledovanému roku je to pokles o 289 tis. Kč.

Výnosové úroky byly zaznamenány pouze v roce 2008, a to ve výši 1 tis. Kč. Výnosové úroky jsou úroky přijaté od banky za peněžní prostředky na účtu. V dalších letech byly výnosové úroky vykázány v nulové hodnotě. Oproti těmto výnosovým úrokům byly nákladové úroky dosaženy jen v roce 2011 v hodnotě 72 tis. Kč. Nákladové úroky představují hodnotu nákladů na úroky z přijatého úvěru od banky, který Lékárna „X“ podle rozvahy získala v roce 2010.

Ostatní finanční náklady jsou v prvních čtyřech sledovaných letech zanedbatelné, a to do výše 10 tis. Kč. Pod těmito náklady si lze představit poplatky bance za vedení účtu a manka a škody na finančním majetku. V posledním sledovaném roce 2012 se hodnota meziročně zvýšila o 63 tis. Kč. Je tedy patrné, že úroky za splátku úvěru byly zaznamenány na této položce a ne na položce nákladových úroků.

Finanční výsledek hospodaření je získán při sečtení všech finančních výnosů a odečtením finančních nákladů. Ve sledovaném období je vykázán v záporných hodnotách a jeho nejvyšší záporná hodnota je zaznamenána v roce 2011 ve výši – 82 tis. Kč. Důvodem je výše úroků z úvěru.

Vývoj sazby daně z příjmů je zobrazen v Příloze č. 4. Nejvyšší hodnota za sledované období byla dosažena v roce 2008 ve výši 93 tis. Kč a nejnižší hodnota v roce 2012 ve výši 12 tis. Kč. V průběhu sledovaného období se hodnota daně z příjmů snížila o 81 tis. Kč. Daň z příjmů v průměru představuje 15 % podíl na provozním výsledku hospodaření.

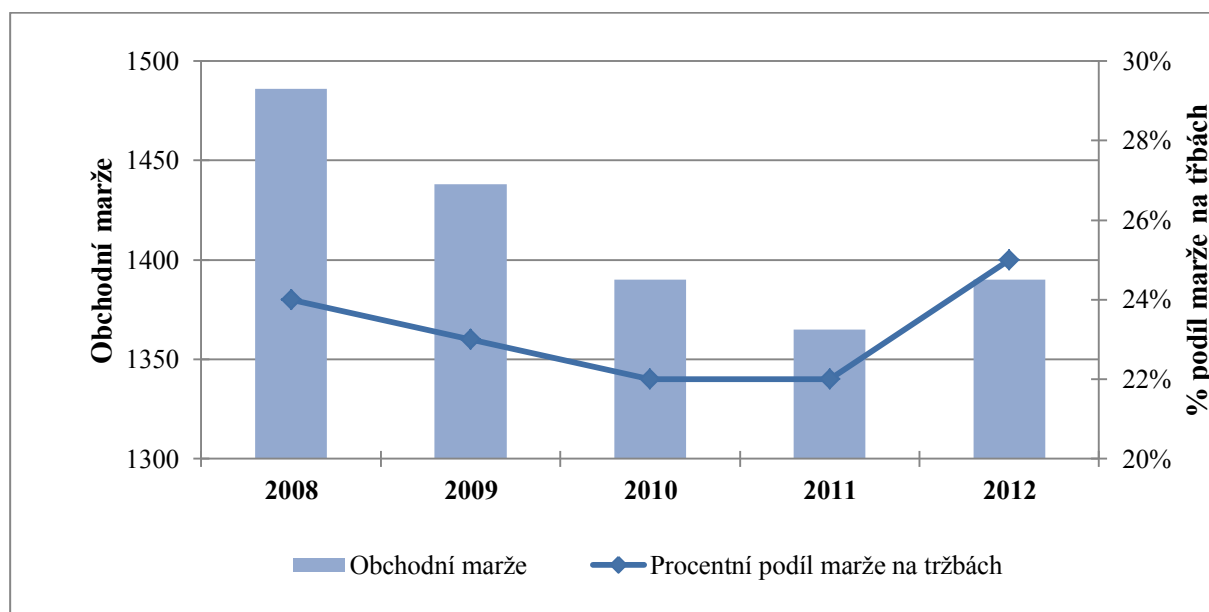
Výsledek hospodaření (dále jen VH) za běžnou činnost má stejný vývoj jako provozní výsledek hospodaření i jako daň z příjmu za běžnou činnost, tedy klesající vývoj. VH za běžnou činnost je získán jako součet provozního a finančního výsledku hospodaření snížený o daň z příjmů z běžné činnosti.

Mimořádné náklady jsou zobrazeny pouze v roce 2012, a to ve výši 1 tis. Kč. Výsledek hospodaření za účetní období je získán jako VH za běžnou činnost zvýšený o záporný mimořádný výsledek hospodaření. Tedy jen v roce 2012 došlo k snížení o 1 tis. Kč na konečnou hodnotu 72 tis. Kč.

V poslední položce výkazu zisků a ztrát je zobrazen výsledek hospodaření před zdaněním. Jeho vývoj je také klesající, jelikož na něj má vliv provozní výsledek hospodaření, finanční výsledek hospodaření a mimořádné náklady.

Hospodaření Lékárny „X“ je podle rozvahy a výkazu zisků a ztrát každoročně ziskové, i když výše zisku má klesající tendenci.

**Graf 3.2 Obchodní marže Lékárny „X“ v letech 2008 – 2012 (v tis. Kč)**



Zdroj: Interní zdroje Lékárny „X“. Vlastní zpracování.

Obchodní marži lékárny získáme z výkazu zisku a ztrát, když od tržeb za prodej zboží odečteme náklady vynaložené na prodané zboží. Z grafu 3.2 je zřejmé, že vývoj obchodní marže od roku 2008 je klesající. Na snižující se vývoj obchodní marže mohla mít vliv hospodářská krize, která přišla v roce 2008. Po příchodu krize se lékárna zaměřila na nákup léčiv, která po finanční stránce lékárně tolik nezatěžují, a jejich odbyt je 100 %. Výjimku pak tvoří rozdíl mezi rokem 2011 a 2012, kdy došlo k zvýšení obchodní marže o 25 tis. Kč. K tomuto zvýšení mohlo vést to, že lékárna důsledky hospodářské krize odbourala a teď nakupuje za méně a prodává za více. Nejvyšší hodnota obchodní marže je podle grafu 3.2 vykázána v roce 2008 a to v hodnotě 1 486 tis. Kč. Snížení marže od roku 2008 do roku 2012 dosahuje výše 96 tis. Kč.

Důležitý je ale vývoj procentního podílu obchodní marže na tržbách za prodané zboží. Tento vývoj je zaznamenán také v grafu 3.2. Procentní podíl marže na tržbách má stejný vývoj jako sama obchodní marže. Klesající tendence je zaznamenána až do roku 2012, kdy došlo k meziročnímu zvýšení. Nejnižší hodnota procentního podílu je zaznamenána v roce 2010 a 2011, a to v hodnotě 22 %. Nejvyšší hodnota je vykázána v roce 2012 ve výši 25 %. Meziročně se oproti roku 2011 podíl obchodní marže na tržbách zvýšil o 3 %.

### 3.2.2 Finanční analýza Lékárny „X“ pomocí poměrových ukazatelů

Nejdříve jsou vypočítány ukazatele rentability – rentabilita celkového kapitálu a rentabilita tržeb, dále ukazatel likvidity – běžná likvidita a ukazatele aktivity - obrat aktiv, doba obratu zásob, doba obratu závazků a doba obratu pohledávek. Na závěr je vykázána hodnota ukazatele zadluženosti – celková zadluženost.

Rentabilitu celkového kapitálu (ROA) vypočítáme tak, že zisk podělíme celkovými aktivy. Hodnoty ROA za sledované období 2008 – 2012 zobrazuje právě Tab. 3.6.

**Tab. 3.6 Rentabilita celkového kapitálu za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Zisk</b>	<b>442</b>	<b>330</b>	<b>204</b>	<b>196</b>	<b>84</b>
<b>Celková aktiva</b>	1 815	1 584	3 082	3 017	2 701
<b>CELKEM</b>	<b>0,24</b>	<b>0,21</b>	<b>0,07</b>	<b>0,06</b>	<b>0,03</b>
<b>CELKEM (v %)</b>	<b>24 %</b>	<b>21 %</b>	<b>7 %</b>	<b>6 %</b>	<b>3 %</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

Rentabilita celkového kapitálu dosahuje v rozmezí sledovaného období kladných hodnot. Nejvyšší hodnota ukazatele byla dosažena v roce 2008 ve výši 24 %, kdežto nejnižší hodnotu vykazuje rok 2012 (3 %). Tento negativní vývoj ROA je způsoben poklesem zisku a současně nárůstem celkových aktiv. Vývoj ukazatele ROA je každoročně klesající. V rozmezí sledovaného období došlo k celkovému poklesu o 21 %, což je pro lékárnu nepříznivé, ale neohrožuje to její existenci, jelikož v každém roce dosahuje zisku.

Rentabilita tržeb (ROS) se vypočítá jako podíl zisku a tržeb a je zobrazena v Tab. 3.7. Do tržeb jsou zahrnuty jak tržby za prodej zboží, tak výkony (tržby za prodej vlastních výrobků a služeb).

**Tab. 3.7 Rentabilita tržeb za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Zisk</b>	<b>442</b>	<b>330</b>	<b>204</b>	<b>196</b>	<b>84</b>
<b>Tržby</b>	6 234	6 381	6 328	6 231	5 660
<b>CELKEM</b>	<b>0,07</b>	<b>0,05</b>	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>	<b>0,01</b>
<b>CELKEM (v %)</b>	<b>7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>3 %</b>	<b>3 %</b>	<b>1 %</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

Rentabilita tržeb vyjadřuje ziskovou marži lékárny, tedy kolika procenty se zisk podílí na celkových výnosech. Největší podíl (7 %) je zaznamenán v roce 2008 a nejnižší hodnota ukazatele je vykázána v roce 2012 ve výši 1 %. Rentabilita tržeb neboli zisková marže má od roku 2008 klesající tendenci. Na postupné snižování ziskové marže měla vliv finanční a ekonomická krize.

**Tab. 3.8 Běžná likvidita za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Oběžná aktiva</b>	1 815	1 584	1 378	1 336	1 078
<b>Krátkodobé cizí zdroje</b>	1 071	781	1 007	975	727
<b>CELKEM</b>	<b>1,7</b>	<b>2</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

Běžná likvidita je vypočtena jako podíl oběžných aktiv a krátkodobých cizích zdrojů. Doporučená hodnota ukazatele by měla být mezi 1,5 – 2,5. V prvních dvou letech je podmínka dodržena, v roce 2008 dosahuje hodnota 1,7 a v roce 2009 dokonce hodnoty ve výši 2, tzn., že oběžná aktiva dvakrát pokrývají krátkodobé cizí zdroje. V roce 2010 a 2011

je výše pod doporučenou hodnotou. V posledním sledovaném roce se hodnota zvýšila na 1,5 a tato hodnota je podle podmínky doporučena, tedy dobrá.

Dále budou hodnoceny ukazatele aktivity. Nejdříve pak obrat aktiv, který se vypočte jako podíl tržeb a celkových aktiv, tento ukazatel je zobrazen v Tab. 3.9.

**Tab. 3.9 Obrat aktiv za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Tržby</b>	6 234	6 381	6 328	6 231	5 660
<b>Celková aktiva</b>	1 815	1 584	3 082	3 017	2 701
<b>CELKEM</b>	<b>3,43</b>	<b>4,03</b>	<b>2,05</b>	<b>2,07</b>	<b>2,1</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

Minimální doporučená hodnota tohoto ukazatele je 1. V případě sledovaného období je obrat aktiv vždy nad doporučenou minimální hodnotu. V roce 2009 byla hodnota nejvyšší a činila 4,03. Nejnižší výše hodnoty byla zaznamenána v následujícím roce 2010, a to 2,05. Od roku 2010 dochází k postupnému zvyšování hodnoty. Z tohoto ukazatele lze říci, že majetková vybavenost podniku je nadměrná.

V následující Tab. 3.10 je vypočítána hodnota doby obratu zásob za sledované období 2008 – 2012. K výpočtu doby obratu zásob jsou poděleny zásoby s tržbami a poté dosaženou hodnotu vynásobíme 360.

**Tab. 3.10 Doba obratu zásob za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Zásoby</b>	447	434	446	441	426
<b>Tržby</b>	6 234	6 381	6 328	6 231	5 660
<b>CELKEM</b>	<b>25,8</b>	<b>24,5</b>	<b>25,4</b>	<b>25,5</b>	<b>27,1</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Doba obratu zásob, tedy za jak dlouho přejdou peněžní fondy přes zboží znovu do peněžní formy, je za sledované období poměrně stabilní. Mezi rokem 2008 a 2009 byl zaznamenán pokles z 25,8 dní na 24,5 dní. Od roku 2009 se hodnota ukazatele nepatrně zvyšuje. V roce 2012 hodnota činila 27,1 dní, tudíž se od roku 2009 zvýšila o 2,6 dní. Na poměrně stabilní hodnoty v daném období má vliv stabilní výše zásob (léčiv), kterou si lékárna ve sledovaném období drží na skladě.



Doba obratu pohledávek je vypočtena jako podíl pohledávek a tržeb a výsledná hodnota je vynásobena 360. Tento ukazatel nalezneme v Tab. 3.11.

**Tab. 3.11 Doba obratu pohledávek za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Pohledávky</b>	436	304	351	278	219
<b>Tržby</b>	6 234	6 381	6 328	6 231	5 660
<b>CELKEM</b>	<b>25,2</b>	<b>17,2</b>	<b>20</b>	<b>16,1</b>	<b>13,9</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Hodnota ukazatele je doba, od kdy musí lékárna čekat, než obdrží platby od svých odběratelů. Pod odběrateli v případě lékárny si lze představit zdravotní pojišťovny, pacienty, zdravotnická zařízení atd. Od zdravotních pojišťoven jsou platby poukázány na běžný účet, tudíž je doba obratu pohledávek delší, než když jsou platby obdrženy od pacientů za hotové. Podle zobrazených hodnot doby obratu pohledávek lze konstatovat, že v roce 2008, kdy hodnota činila 25,2 dní, byl podíl přijatých plateb od zdravotních pojišťoven vyšší než v roce 2009, kdy je doba obratu pohledávek 17,2 dní. Nejvíce se na tržbách podílely bezhotovostní platby v roce 2008 a nejvíce hotovostních plateb bylo zaznamenáno v roce 2012, kdy je hodnota ukazatele ve výši 13,9 dní. Od roku 2010 je vývoj doby obratu pohledávek klesající, má tedy pozitivní vývoj.

Ukazatel doby obratu závazků je stanoven jako podíl krátkodobých závazků a tržeb a následně je hodnota vynásobena 360. Vyjadřuje dobu od vzniku závazků do doby jeho splatnosti. Tento ukazatel nám zobrazuje Tab. 3.12.

**Tab. 3.12 Doba obratu závazků za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Závazky</b>	1 071	781	1 007	975	727
<b>Tržby</b>	6 234	6 381	6 328	6 231	5 660
<b>CELKEM</b>	<b>61,9</b>	<b>44,1</b>	<b>57,3</b>	<b>56,3</b>	<b>46,2</b>
<b>Doba obratu zásob</b>	25,8	24,5	25,4	25,5	27,1
<b>Doba obratu pohledávek</b>	25,2	17,2	20	16,1	13,9
<b>Součet doby obratu zásob a pohledávek</b>	<b>51</b>	<b>41,7</b>	<b>45,4</b>	<b>41,6</b>	<b>41</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

U tohoto ukazatele platí, že pokud je doba obratu závazků větší než součet doby obratu zásob a doby obratu pohledávek, dodavatelské úvěry financují pohledávky a zásoby, což je výhodné. Tato podmínka je splněna v každém sledovaném roce, což znamená, že hodnoty jsou výhodné. Doba obratu závazků v roce 2009 meziročně klesla z 61,9 dní na 44,1 dní. V roce 2010 následuje zvýšení na 57,3 dní obratu závazků. Od roku 2010 je patrný pokles doby obratu závazků až na hodnotu 46,2 dní v roce 2012. Průměrná hodnota je 53,2 dní od vzniku závazku do doby jeho úhrady. Postupné zkracování doby splatnosti vede k lepším obchodním podmínkám od distributorů a lékárna se v dalších letech pokusí tento stav udržet.

Dalším ukazatelem, který bude vyobrazen, je ukazatel zadluženosti – celková zadluženost. Tento ukazatel se vypočítá jako podíl cizích zdrojů a celkových aktiv, výsledná hodnota je zobrazena v procentech v Tab. 3.13.

**Tab. 3.13 Celková zadluženost za období 2008 – 2012**

<b>Rok/text</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Cizí zdroje</b>	1 071	781	2 407	2 233	1 845
<b>Celková aktiva</b>	1 815	1 584	3 082	3 017	2 701
<b>CELKEM</b>	<b>59 %</b>	<b>49 %</b>	<b>78 %</b>	<b>74 %</b>	<b>68 %</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Vývoj celkové zadluženosti se od roku 2008 snižuje, až do roku 2010, kdy byl zaznamenán meziroční růst o 29 %. Na toto zvýšení měl vliv úvěr přijatý od banky. Postupným splácením úvěru a dosahováním zisku se celková zadluženost lékárny od roku 2010 opět snižuje. V roce 2012 klesla na hodnotu 68 % zadluženosti. Za sledované období pak průměrná hodnota celkové zadluženosti činí 65, 6 %.

Z celkového pohledu na finanční hospodaření lékárny podle rozvahy a výkazu zisků a ztrát lze říci, že Lékárna „X“ hospodaří velmi dobře, krátkodobá aktiva kryje krátkodobými zdroji, dlouhodobá aktiva kryje dlouhodobými zdroji a každoročně vykazuje zisk. Z pohledu analýzy podle poměrových ukazatelů dosahuje nadprůměrných hodnot, doba obratu zásob je průměrně 25,7 dní, doba obratu pohledávek se od roku 2010 snižuje, což je pro lékárnu kladný vývoj. Své závazky se snaží splatit v průměru do 53 dní od vzniku závazku a celková zadluženost je vykázána v hodnotách nižších než stanovených pro lékárenské odvětví a navíc od roku 2010 klesá.

### 3.2.3 Hospodaření Lékárny „Y“

V následujících tabulkách 3.14 „Analýza rozvahy v období 2008 – 2012“, 3.15 „Meziroční změna v rozvaze v letech 2008 – 2012“ a 3.16 „Výkaz zisků a ztrát v letech 2008 – 2012“ bude zobrazeno **hospodaření Lékárny „Y“** pomocí rozvahy a výkazu zisků a ztrát v rozmezí let 2008 – 2012. Stejně jako u Lékárny „X“ jsou hodnoty v rozvaze v netto hodnotách k 31. 12. daných let a ve výkazu zisku a ztrát ke sledovanému účetnímu období také k 31. 12. Rozvaha je v každém ze sledovaných let vyrovnaná. Jak rozvaha, tak výkaz zisků a ztrát jsou zpracovány ve zjednodušeném rozsahu.

**Tab. 3.14 Analýza rozvahy v období 2008 - 2012 (v tis. Kč)**

Text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Dlouhodobý majetek</b>	1 526	1 501	1 676	1 630	1 583
- dlouhodobý hmotný majetek	1 526	1 501	1 676	1 630	1 583
<b>Oběžné aktiva</b>	6 913	7 601	6 471	7 386	7 772
- zásoby	1 685	1 881	1 797	1 803	2 012
- krátkodobé pohledávky	2 232	2 844	1 878	1 621	1 636
- krátkodobý finanční majetek	2 996	2 876	2 796	3 962	4 124
<b>Časové rozlišení</b>	0	0	7	0	1
<b>AKTIVA CELKEM</b>	<b>8 439</b>	<b>9 102</b>	<b>8 154</b>	<b>9 016</b>	<b>9 356</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	6 050	6 857	6 935	7 141	7 542
- základní kapitál	240	240	240	240	240
- rezervní fond, nedělitelný fond a ostatní fondy ze zisku	24	24	24	24	24
- VH minulých let	3 722	4 374	5 182	5 258	5 465
- VH běžného účetního období	2 064	2 219	1 489	1 619	1 813
<b>Cizí zdroje</b>	2 388	2 245	1 219	1 875	1 814
- krátkodobé závazky	2 388	2 245	1 219	1 875	1 814
<b>Časové rozložení</b>	1	0	0	0	0
<b>PASIVA CELKEM</b>	<b>8 439</b>	<b>9 102</b>	<b>8 154</b>	<b>9 016</b>	<b>9 356</b>

Zdroj: Interní zdroje Lékárny „Y“. Vlastní zpracování.

Při prvním pohledu na rozvahu Lékárny „Y“ je zřejmé, že lékárna v každém sledovaném roce má celková aktiva rovna celkovým pasivům. Tento stav lze také zhodnotit tak, že bilance lékárny je každém roce vyrovnaná. Oproti Lékárně „X“ lékárna hospodaří s větším majetkem, a to v hodnotě okolo 9 mil. Kč, kdežto majetek první lékárny se

pohyboval v průměru okolo 2,5 mil. Kč. Také je při prvním pohledu na rozvahu patrné, že ke krytí dlouhodobého majetku slouží dlouhodobé zdroje a na krytí krátkodobého majetku jsou z větší části použity zdroje dlouhodobé a dále krátkodobé zdroje.

Dlouhodobý hmotný majetek je u Lékárny „Y“ zaznamenán v každém sledovaném roce. V roce 2008 jeho hodnota činila 1 526 tis. Kč, v roce 2009 se jeho hodnota snížila o výši odpisů na 1 501 tis. Kč. K navýšení dlouhodobého hmotného majetku došlo v roce 2010 z důvodu pořízení nového zařízení v hodnotě 211 tis. Kč, ale výše majetku v tomto roce je již snížena o odpisy. K následnému snížení dlouhodobého majetku v dalších letech dochází zase díky odpisům, a proto v roce 2012 činila hodnota dlouhodobého hmotného majetku 1 583 tis. Kč.

V každém sledovaném roce je struktura oběžných aktiv složena ze zásob, krátkodobých pohledávek a krátkodobého finančního majetku. Největší podíl na oběžných aktivech má krátkodobý finanční majetek. Krátkodobé pohledávky mají druhý největší podíl na těchto aktivech pouze v prvních třech letech, v dalších dvou jsou to zásoby. Zásoby mají na oběžných aktivech průměrně 25 % podíl. Podíl krátkodobých pohledávek na celkových oběžných aktivech je v průměru 28 % a krátkodobý finanční majetek se podílí průměrně 46 %.

I když se podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR počet balení léčivých přípravků dodaných do lékáren oproti roku 2010 snížil, Lékárna „Y“ si velikost svých zásob (léčivých přípravků) podle rozvahy od roku 2010 zvyšuje. Tudíž největší zásobu měla lékárna v roce 2012, a to v hodnotě 2 012 tis. Kč.

Krátkodobý finanční majetek tvoří stejně jako v Lékárně „X“ z největší části peníze na běžném účtu, dále pak peníze na pokladně. Peníze na běžném účtu jsou k dispozici pro splácení závazků vůči dodavatelům (distributorům). Peníze v hotovosti si lékárna drží pro každodenní hotovostní platby, ke kterým dochází s pacienty a návštěvníky lékárny. Přesný podíl peněz na běžném účtu a peněz v hotovosti nelze ze sestavené rozvahy ve zjednodušeném rozsahu vyčíslit. Vývoj krátkodobého finančního majetku je ve sledovaném období od roku 2008 do roku 2010 klesající a od roku 2010 je zaznamenán stoupající vývoj. Ve finanční analýze pomocí poměrových ukazatelů – doby obratu závazků bude zjištěno, za jakou dobu lékárna splácí své závazky, a tudíž jestli to nemá vliv na zvyšující se hodnotu krátkodobého finančního majetku.

Poslední položkou v aktivech je časové rozlišení, které se v průběhu sledovaného období objevuje v roce 2010 v hodnotě 7 tis. Kč a v roce 2012 činilo 1 tis. Kč

Strukturu vlastního kapitálu u Lékárny „Y“ tvoří základní kapitál, rezervní fond, nedělitelný fond a ostatní fondy ze zisku, výsledek hospodaření minulých let a výsledek hospodaření za běžné účetní období. Velikost vlastního kapitálu se každoročně zvyšuje. Nejnižší je tedy v roce 2008 v hodnotě 6 050 tis. Kč a v roce 2012 činil 7 542 tis. Kč.

Výše základního kapitálu a rezervního fondu, nedělitelného fondu a ostatních fondů ze zisku je každoročně neměnná. Jak již bylo v charakteristice Lékárny „Y“ zmíněno, je výše základního kapitálu 240 tis. Kč a z toho 10 % (24 tis. Kč) tvoří rezervní fond, nedělitelný fond a ostatní fondy ze zisku.

Výsledek hospodaření minulých let se díky vykazovanému každoročnímu zisku zvyšuje, ale ne o celý zisk. Jeho hodnota je vždy snížena o výplatu společníkům lékárny, která průměrně za sledované období činila 1 412 tis. Kč.

Výsledek hospodaření za běžné účetní období ke konci roku 2008 činil 2 064 tis. Kč. V roce 2009 se VH za běžné účetní období zvýšil na 2 219 tis. Kč, ale v roce 2010 je zaznamenán jeho výrazný pokles na hodnotu 1 489 tis. Kč. Na hospodaření lékárny toto snížení nemělo žádný výrazný vliv a od roku 2011 je vykázán zase zvyšující se výsledek hospodaření za běžné účetní období. V roce 2012 tak činil 1 813 tis. Kč.

Cizí zdroje v průběhu sledovaného období 2008 – 2012 tvoří pouze krátkodobé závazky. Do těchto závazků lze zařadit závazky z obchodních vztahů (vůči dodavatelům léčiv), závazky vůči zaměstnancům a závazky ze sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění. Závazky z obchodních vztahů tvoří největší podíl na celkových krátkodobých závazcích. Jejich výše však ze zjednodušené rozvahy vyčíst nelze. Krátkodobé závazky na celkových pasivech dosahují v průměru téměř 22 %. Nejnižší podíl krátkodobých závazků na celkových pasivech byl v roce 2010 ve výši 10 % (1 219 tis. Kč) a nejvyšší podíl v roce 2008 činil 28 % (2 388 tis. Kč).

V této vybrané lékárně oproti Lékárně „X“ je v pasivech zaznamenána položka časového rozlišení v roce 2008 v hodnotě 1 tis. Kč, což je výdaj nebo výnos příštích období. V ostatních sledovaných letech je velikost časového rozložení u Lékárny „X“ vykázáno v nulové hodnotě.

Pomocí Tab. 3.15 „Meziroční změna v rozvaze v letech 2008 - 2012 (v tis. Kč)“ jsou zobrazeny změny mezi sledovanými roky, ke kterým došlo v aktivech a pasivech Lékárny „Y“.

**Tab. 3.15 Meziroční změna v rozvaze v letech 2008 - 2012 (v tis. Kč)**

Text	Změna 2009/2008	Změna 2010/2009	Změna 2011/2010	Změna 2012/2011
<b>Dlouhodobý majetek</b>	-25	+175	-46	-47
- dlouhodobý hmotný majetek	-25	+175	-46	-47
<b>Oběžné aktiva</b>	+688	-1 130	+915	+386
- zásoby	+196	-84	+6	+209
- krátkodobé pohledávky	+612	-966	-257	+15
- krátkodobý finanční majetek	-120	-80	+1 166	+162
<b>Časové rozlišení</b>	0	+7	-7	+1
<b>AKTIVA CELKEM</b>	<b>+663</b>	<b>-948</b>	<b>+862</b>	<b>+340</b>
<b>Vlastní kapitál</b>	+807	+78	+208	+401
- základní kapitál	0	0	0	0
- rezervní fond, nedělitelný fond a ostatní fondy ze zisku	0	0	0	0
- VH minulých let	+652	+808	+76	+207
- VH běžného účetního období	+155	-730	+130	+194
<b>Cizí zdroje</b>	-143	-1 026	+656	-61
- krátkodobé závazky	-143	-1 026	+656	-61
<b>Časové rozložení</b>	-1	0	0	0
<b>PASIVA CELKEM</b>	<b>+663</b>	<b>-948</b>	<b>+862</b>	<b>+340</b>

Zdroj: Interní zdroje Lékárny „Y“. Vlastní zpracování.

Z Tab. 3.15 je patrné, že u dlouhodobého hmotného majetku bylo mezi rokem 2009 a 2010 vykázáno výrazné navýšení majetku o 175 tis. Kč kvůli nákupu nového zařízení do lékárny. V ostatních letech pak bylo zaznamenáno snížení dlouhodobého hmotného majetku o výši odpisů, která byla v roce 2009 ve výši 25 tis. Kč, v roce 2011 ve výši 46 tis. Kč a v posledním sledovaném roce 47 tis. Kč.

Oběžná aktiva mají v každém roce zvyšující se tendenci, až na rok 2010, kdy došlo k poklesu o 1 130 tis. Kč z důvodu snížení zásob, krátkodobých pohledávek a také krátkodobého finančního majetku. Položky oběžných aktiv mají v dalších letech kladný vývoj, až na výjimku krátkodobého finančního majetku v roce 2009 o 120 tis. Kč a krátkodobých pohledávek v roce 2011 o 257 tis. Kč. Snížení celkových aktiv je zobrazeno v roce 2010 díky snížení oběžných aktiv.

Meziroční změna časového rozlišení byla v roce 2009 nulová. V dalším roce následovalo zvýšení o 7 tis. Kč, poté snížení právě o 7 tis. Kč a nakonec došlo ke zvýšení v roce 2012, a to o 1 tis. Kč.

Základní kapitál, rezervní fond, nedělitelný fond a ostatní fondy ze zisku, které tvoří část vlastního kapitálu, mají nulové meziroční změny, stejně jak to bylo viditelné v rozvaze za sledované období 2008 – 2012.

Výsledek hospodaření minulých let má kladný vývoj, jeho nejnižší zvýšení bylo zaznamenáno v roce 2011 ve výši 76 tis. Kč a nejvyšší zvýšení vykázal rok 2010 ve výši 808 tis. Kč.

Výsledek hospodaření za běžné účetní období zaznamenal pokles pouze v roce 2010, a to o 730 tis. Kč. V ostatních sledovaných letech byl jeho meziroční vývoj kladný.

Cizí zdroje vykázaly každoroční snížení, výjimku vykazuje rok 2011, kdy došlo ke zvýšení krátkodobých závazků, tedy cizích zdrojů, o 656 tis. Kč.

Celková pasiva se meziročně za sledované období 2008 – 2012 zvyšují, ale v roce 2010 došlo ke snížení o 948 tis. Kč. V roce 2010 se celková pasiva zvýšila o největší hodnotu (862 tis. Kč) a v roce 2012 bylo zaznamenáno zase nejnižší zvýšení (o 340 tis. Kč).

V následující Tab. 3.16 je zobrazen výkaz zisků a ztrát za sledované období 2008 – 2012 u Lékárny „Y“. Tento výkaz je vždy sestaven k 31. 12. a je sestaven ve zjednodušeném rozsahu.

**Tab. 3.16 Výkaz zisků a ztrát v letech 2008 – 2012 (v tis. Kč)**

Text	2008	2009	2010	2011	2012
Tržby za prodej zboží	25 782	29 058	28 645	27 561	24 981
Náklady vynaložené na prodané zboží	21 836	24 978	23 615	22 734	20 730
<b>Obchodní marže (1. řádek – 2.)</b>	<b>3 946</b>	<b>4 080</b>	<b>5 030</b>	<b>4 827</b>	<b>4 251</b>
Výkony	1 511	1 713	18	20	957
Výkonová spotřeba	642	559	897	627	490
<b>Přidaná hodnota (3. + 4. - 5.)</b>	<b>4 815</b>	<b>5 234</b>	<b>4 151</b>	<b>4 220</b>	<b>4 718</b>
Osobní náklady	2 125	2 264	2 269	2 174	2 404
Daně a poplatky	11	9	0	9	12
Odpisy dl. hmotného a nehmotného majetku	24	24	36	46	46
Ostatní provozní výnosy	117	38	49	63	56
Ostatní provozní náklady	122	99	36	23	47
<b>Provozní výsledek hospodaření (6. - 7. - 8. - 9. + 10. - 11.)</b>	<b>2 650</b>	<b>2 876</b>	<b>1 859</b>	<b>2 031</b>	<b>2 265</b>
Výnosové úroky	2	9	5	3	6
Nákladové úroky	26	0	0	0	0
Ostatní finanční náklady	15	12	15	31	35
<b>Finanční výsledek hospodaření (13. - 14. - 15.)</b>	<b>-39</b>	<b>-3</b>	<b>-10</b>	<b>-28</b>	<b>-29</b>
Daň z příjmu za běžnou činnost	545	571	348	377	422
<b>Výsledek hospodaření za běžnou činnost (12. + 16. - 17.)</b>	<b>2 066</b>	<b>2 302</b>	<b>1 501</b>	<b>1 626</b>	<b>1 814</b>
Mimořádné náklady	2	83	12	7	1
<b>Mimořádný výsledek hospodaření (-19.)</b>	<b>-2</b>	<b>-83</b>	<b>-12</b>	<b>-7</b>	<b>-1</b>
<b>VH za účetní období (18. + 20.)</b>	<b>2 064</b>	<b>2 219</b>	<b>1 489</b>	<b>1 619</b>	<b>1 813</b>
<b>Výsledek hospodaření před zdaněním (12. + 16. - 19.)</b>	<b>2 609</b>	<b>2 790</b>	<b>1 837</b>	<b>1 996</b>	<b>2 234</b>

Zdroj: Interní zdroje Lékárny „Y“. Vlastní zpracování.

Při prvním pohledu na výkaz zisků a ztrát je patrné, že největšími položkami jsou tržby za prodané zboží a náklady vynaložené na prodej zboží (léčiv). Průměrná hodnota tržeb za prodej zboží za sledované období je 27 205 tis. Kč. Mezi rokem 2008 a 2009 došlo ke zvýšení tržeb o 3 276 tis. Kč. Ale právě od roku 2009 je zaznamenán každoroční pokles tržeb lékárny. Na tento pokles mohla mít vliv hospodářská krize, která přišla v roce 2008.



Lidé si více rozmyšleli své nákupy léčivých přípravků – zda je opravdu potřebují, nebo jim postačí jen domácí přípravky.

Náklady, které lékárna vynaloží na prodej zboží, zaznamenaly stejný vývoj jako tržby za prodej zboží. Nejdříve došlo v roce 2009 ke zvýšení nákladů o 3 142 tis. Kč, což pro lékárnu není příznivé, ale od roku 2009 je vykázáno každoroční snížení nákladů. V roce 2012 činila jejich hodnota 20 730 tis. Kč. Na snížení nákladů mohlo mít vliv snížení výrobních a distribuovaných cen léčiv, tudíž lékárna nakupuje zboží (léčiva) za nižší ceny. Obchodní marže je rozdíl mezi tržbami za prodej zboží a náklady vynaloženými na prodej zboží. Vývoj obchodní marže, ale i procentního podílu obchodní marže na tržbách zobrazuje graf 3.3 „Obchodní marže Lékárny „Y“ v letech 2008 – 2012“.

Další položkou ve výkazu jsou výkony, mezi které lze zařadit prodej vlastních výrobků a služeb. Výkony od roku 2008 vzrostly a v roce 2009 dosahují nejvyšších hodnot (1 713 tis. Kč) za dané rozmezí let. V dalších dvou letech je zaznamenán jejich prudký propad na pouhých 18 tis. Kč (v procentním vyjádření propad o necelých 99 %) v roce 2010 a v roce 2011 došlo k mírnému zvýšení na 20 tis. Kč. V těchto dvou letech lékárna zanedbatelně vytvářela vlastní léčiva a prodávala své služby. V posledním sledovaném roce 2012 došlo k výraznému zvýšení výkonů o 937 tis. Kč, tedy hodnota v tomto roce činila 957 tis. Kč.

Výkonová spotřeba, pod kterou je možné si představit spotřebu materiálů, energie a dalších služeb činila v roce 2008 642 tis. Kč. Výkonová spotřeba se v roce 2009 snížila, ale v roce 2010 vykazuje zvýšení na hodnotu 897 tis. Kč. Od roku 2010 postupně klesá až na 490 tis. Kč. Snižování nákladů na energie a služby je pro lékárnu příznivé. Přidanou hodnotu získáme při součtu obchodní marže a výkonů a při následném odečtu výkonové spotřeby. Od roku 2008 do roku 2010 je zaznamenáno jak zvýšení přidané hodnoty, tak její snížení na 4 151 tis. Kč. Na zvýšení mezi rokem 2008 a 2009 měla vliv zvýšená obchodní marže, zvýšení výkonů a snížení výkonové spotřeby. Na snížení mezi rokem 2009 a 2010 má vliv výrazné snížení výkonů a zvýšení výkonové spotřeby. V roce 2011 její hodnota činila 4 220 tis. Kč díky snížení výkonové spotřeby. A v posledním sledovaném roce se meziročně zvýšila o 498 tis. Kč na konečných 4 718 tis. Kč.

Mezi nejvýznamnější položku v oblasti provozních nákladů patří především osobní náklady, které ve sledovaném období průměrně dosahují hodnoty 2 247 tis. Kč. Na osobních nákladech mají největší podíl zejména mzdové náklady, dále se na jejich výši může podílet zákonné sociální pojištění. Vývoj osobních nákladů je zvyšující se až do roku 2011, kdy došlo

k meziročnímu snížení o 95 tis. Kč (díky snížení počtu pracovníků o 1) a v dalším roce je zaznamenáno zase zvýšení o 230 tis. Kč (díky zvýšení zaměstnanců o 2).

Daně a poplatky každoročně dosahují zanedbatelných hodnot a v roce 2010 dosahují nulové hodnoty. Odpisy dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku jsou v prvních dvou letech na hodnotě 24 tis. Kč. V roce 2010 je zaznamenáno jejich zvýšení na 36 tis. Kč, které dává přehled o tom, že zařízení, které bylo v tomto roce zakoupeno, začala lékárna odepisovat v průběhu roku. Odpisy majetku v posledních dvou sledovaných letech činily 46 tis. Kč.

Ostatní provozní výnosy (např. bonusy) se za sledované období nejdříve snížily, poté zvýšily a v posledním sledovaném roce došlo k dalšímu snížení. V roce 2008 byly ve výši 117 tis. Kč a v roce 2012 jejich hodnota činila 56 tis. Kč. Ostatní provozní náklady, mezi které patří dary, členský příspěvek České lékárnické komoře a ostatní pokuty a penále, mají klesající vývoj od roku 2008 do roku 2011, což je pro lékárnu kladný vývoj. V roce 2012 je vykázáno jejich zvýšení o 24 tis. Kč (na 47 tis. Kč). Provozní výsledek hospodaření získáme součtem provozních výnosů a odečtením provozních nákladů. U provozního výsledku mezi rokem 2009 a 2010 došlo k výraznému snížení o 1 017 tis. Kč, na toto snížení má vliv snížení přidané hodnoty. Od roku 2010 se provozní výsledek hospodaření zvyšuje.

Nejnižší hodnota výnosových úroků je zaznamenána v roce 2008, a to ve výši 2 tis. Kč, a nejvyšší je pak v roce 2009 ve výši 9 tis. Kč. Výnosové úroky jsou úroky přijaté od banky za uložené peníze na běžném účtu. Položka nákladových úroků (splátka krátkodobé půjčky) vykazuje hodnotu jen v prvním sledovaném roce, kdy činila 26 tis. Kč, v ostatních letech jsou nulové hodnoty. Ostatní finanční náklady (poplatky bance za vedení účtu a manka a škody na finančním majetku) se v letech 2008 – 2012 pohybují mezi 15 tis. Kč až 35 tis. Kč. Finanční VH je v každém roce v záporných hodnotách. Nejvyšší záporná hodnota je zřejmá v roce 2008, a to ve výši 39 tis. Kč, což je ovlivněno položkou nákladových úroků.

Významnou položkou je daň z příjmu za běžnou činnost, která je odvislá od daňové politiky státu. Tato daň z příjmů byla v roce 2009 571 tis. Kč, je to nejvyšší daň za dané období. V následujícím roce (2010) se daň snížila na výši 348 tis. Kč (19 % z VH před zdaněním) a tato hodnota je nejnižší za sledované období. Vývoj sazby daně z příjmů právnických osob od roku 2008 je zobrazen v Příloze č. 4.

Výsledek hospodaření za běžnou činnost se určí tak, že k provoznímu výsledku hospodaření je připočten finanční výsledek hospodaření a následně odečtena daň z příjmu z běžné činnosti. VH za běžnou činnost dává informaci o tom, jak lékárna hospodaří,

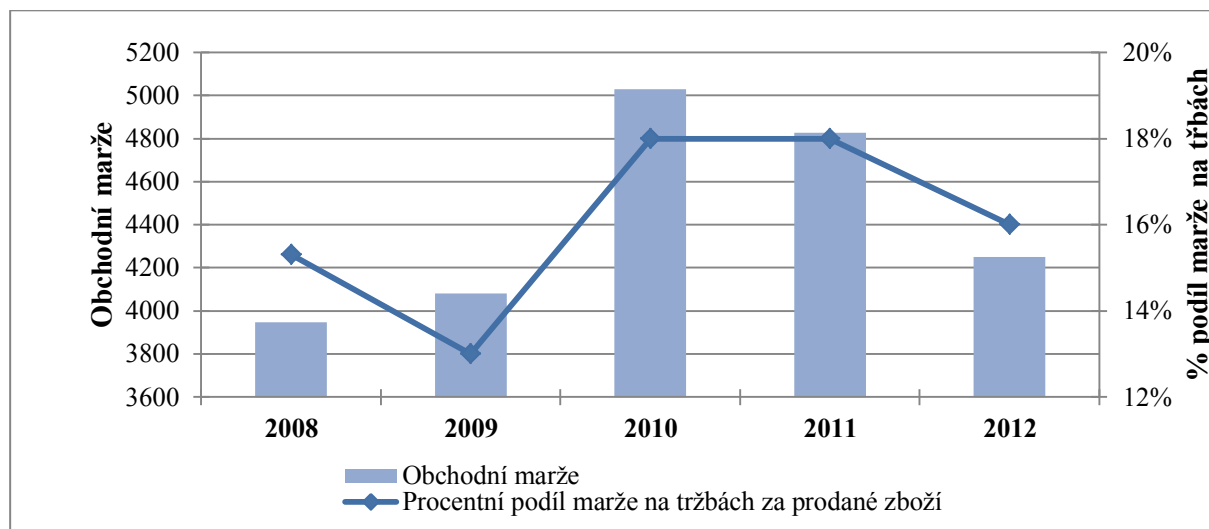
zda vykazuje zisk, nebo ztrátu. V případě Lékárny „Y“ je patrné, že každoročně vykazuje zisk. Mezi rokem 2009 a 2010 došlo k snížení VH o 801 tis. Kč. Na tento pokles má vliv snížení provozního výsledku hospodaření právě mezi těmito lety. Od roku 2010 je patrný každoroční nárůst výsledku hospodaření za běžnou činnost.

Nákladové položky nejméně zatížily mimořádné náklady, které v roce 2008 činily 2 000 Kč. Mimořádné náklady v roce 2009 činily 83 000 Kč, a jejich výše je nevyšší za sledované období 2008 – 2012. Po tomto vykázaném zvýšení následuje klesající vývoj mimořádných nákladů až na hodnotu 1 tis. Kč v roce 2012. Vzhledem k tomu, že lékárna nevykazuje žádné mimořádné výnosy, mimořádný VH kopíruje vývoj mimořádných nákladů a je vždy v záporných hodnotách.

Předposlední vykázanou položkou ve výkazu zisků a ztrát u Lékárny „Y“ je výsledek hospodaření za účetní období, který získáme součtem VH za běžnou činnost a mimořádného výsledku hospodaření. Jeho vývoj kopíruje vývoj položek, z nichž je vypočítán. Poslední položkou je tzv. VH před zdaněním, což znamená, že je to provozní výsledek hospodaření plus finanční výsledek hospodaření, mínus mimořádné náklady. Jeho vývoj kopíruje právě provozní VH. Konečnou bilanci výkazu zisků a ztrát je každoročně kladné hospodaření, což znamená, že lékárna v každém sledovaném roce dosáhla zisku. Jeho část je vyplácena společníkům a zbylá část plyne do výsledku hospodaření minulých let.

Následující graf 3.3 naznačuje vývoj obchodní marže za sledované období 2008 – 2012 u Lékárny „Y“ a procentní podíl obchodní marže na tržbách za prodej zboží (léčiv).

**Graf 3.3 Obchodní marže Lékárny „Y“ v letech 2008 – 2012 (v tis. Kč)**



Zdroj: Interní zdroje Lékárny „Y“. Vlastní zpracování.

Z grafu 3.3 je zřejmé, že vývoj obchodní marže je od roku 2008 až do roku 2010 stoupající. V roce 2008 byla obchodní marže v hodnotě 3 946 tis. Kč. Nejvyšší obchodní marže je zaznamenána v roce 2010, kdy činila 5 030 tis. Kč. Od tohoto roku je vykázán opačný vývoj, a to klesající. Obchodní marže za poslední dva sledované roky klesla o 779 tis. Kč. Zvyšující se trend obchodní marže mohly ovlivnit nižší ceny léčivých přípravků od distributorů, které však důsledky hospodářské krize mohly zasáhnout. Na zaznamenané snížení od roku 2010 měl vliv pokles tržeb za prodané zboží (léčiva).

Procentní podíl obchodní marže na tržbách je také důležitým indikátorem. Podíl marže se mezi prvními sledovanými lety snížil z 15 % na 13 %. Po roce 2009 následovalo zvýšení procentního podílu o 5 %, tedy na 18 %. Tuto hodnotu si lékárna dokázala udržet i v dalším sledovaném roce. Avšak v posledním roce 2012 se podíl marže na tržbách Lékárny „Y“ snížil o 2 % a jeho hodnota činila 16 %. Mezi rokem 2009 a 2010 a rokem 2011 a 2012 vývoj procentního podílu obchodní marže na tržbách kopíruje samotný vývoj obchodní marže.

### 3.2.4 Finanční analýza Lékárny „Y“ pomocí poměrových ukazatelů

Ve finanční analýze Lékárny „Y“ bude nejdříve vypočítán ukazatel rentability. Poté následuje ukazatel likvidity a ukazatele aktivity a na závěr je zobrazena celková zadluženost (ukazatel zadluženosti). Tyto ukazatele nám ilustruje Tab. 3.17 až 3.24.

**Tab. 3.17 Rentabilita celkového kapitálu za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Zisk</b>	2 064	2 219	1 489	1 619	1 813
<b>Celková aktiva</b>	8 439	9 102	8 154	9 016	9 356
<b>CELKEM</b>	<b>0,24</b>	<b>0,24</b>	<b>0,18</b>	<b>0,18</b>	<b>0,19</b>
<b>CELKEM (v %)</b>	<b>24 %</b>	<b>24 %</b>	<b>18 %</b>	<b>18 %</b>	<b>19 %</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

U Lékárny „Y“ je ukazatel hodnoty za sledované období v průměru na 20,6 %. V prvních dvou letech je hodnota ROA stejná ve výši 24 %. V roce 2010 došlo k jeho snížení na 18 % a tuto hodnotu si lékárna uchovala i v následujícím roku. Poslední sledovaný rok vykazuje hodnotu ukazatele ve výši 19 % a meziročně se zvýšila o 1 %. Je tedy zřejmé, že když došlo ke snížení zisku, vedlo to ke snížení hodnoty ROA.

Rentabilita tržeb (ROS) = zisk / tržeb. V Tab. 3.18 jsou vypočítány hodnoty ROS. Do tržeb jsou zde zahrnuty tržba za prodej zboží a výkony (jelikož máme k dispozici pouze výkaz zisků a ztrát ve zjednodušeném rozsahu).

**Tab. 3.18 Rentabilita tržeb za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Zisk</b>	2 064	2 219	1 489	1 619	1 813
<b>Tržby</b>	27 293	30 771	28 663	27 581	25 938
<b>CELKEM</b>	<b>0,08</b>	<b>0,07</b>	<b>0,05</b>	<b>0,06</b>	<b>0,07</b>
<b>CELKEM (v %)</b>	<b>8 %</b>	<b>7 %</b>	<b>5 %</b>	<b>6 %</b>	<b>7 %</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

Z Tab. 3.18 je patrné, že vývoj rentability tržeb je za sledované období poměrně stabilní. Největší podíl zisku na celkových tržbách je zaznamenán v prvním sledovaném roce 2008. Poté následoval pokles do roku 2010 o 3 % na konečnou výši 5 %. Od roku 2010 je vykázán zvyšující se vývoj. Každoročně se rentabilita tržeb zvýšila o 1 %, a tedy na konci sledovaného období byl ROS 7 %. Na tento vývoj má vliv snižující se zisk do roku 2010 a poté jeho zvyšující tendence do roku 2012.

**Tab. 3.19 Běžná likvidita za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Oběžná aktiva</b>	6 913	7 601	6 471	7 386	7 772
<b>Krátkodobé cizí zdroje</b>	2 388	2 245	1 219	1 875	1 814
<b>CELKEM</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>5,3</b>	<b>3,9</b>	<b>4,3</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

Hodnota běžné likvidity (likvidita III. stupně) je doporučena v rozmezí 1,5 až 2,5. V každém roce je hodnota běžné likvidity nad doporučené hodnoty. Výše 2,9 je vykázána v roce 2008 a v roce 2009 hodnota ukazatele byla 3,4, což jsou nejnižší hodnoty za dané období. V následujících třech letech je ukazatel nad maximální doporučenou hranicí. Nejvyšší hodnota ukazatele je vykázána v roce 2010 ve výši 5,3. V roce 2011 je zaznamenáno snížení likvidity na konečnou hodnotu 3,9 a v dalším sledovaném roce došlo k nepatrnému zvýšení (4,3).

Dále budou zobrazeny ukazatele aktivity, nejdříve pak obrát aktiv, který se vypočte jako podíl celkových tržeb a celkových aktiv. Tento ukazatel je vypočítán v Tab. 3.20.

**Tab. 3.20 Obrat aktiv za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Tržby</b>	27 293	30 771	28 663	27 581	25 938
<b>Celková aktiva</b>	8 439	9 102	8 154	9 016	9 356
<b>CELKEM</b>	<b>3,2</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,1</b>	<b>2,8</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

Všeobecně platí, že čím větší hodnota ukazatele obratu aktiv, tím lépe. Minimální doporučená hodnota je 1. Při prvním pohledu je tedy zřejmé, že Lékárna „Y“ dosahuje nadměrných hodnot. V roce 2008 je hodnota 3,2 a od tohoto roku je zaznamenán zvyšující se vývoj až do roku 2010 o 0,3 na konečnou hodnotu 3,5. Opačný vývoj, tedy klesající, je vykázan právě od roku 2010, kdy byla hodnota obratu aktiv nejvyšší za celé sledované období. Za poslední dva roky došlo k poklesu o 0,7. Proto je také obrat aktiv v roce 2012 ve výši 2,8. Na zvyšující se vývoj má vliv zvýšení tržeb a na snížení ukazatele má zase vliv snížení tržeb.

**Tab. 3.21 Doba obratu zásob za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Zásoby</b>	1 685	1 881	1 797	1 803	2 012
<b>Tržby</b>	27 293	30 771	28 663	27 581	25 938
<b>CELKEM</b>	<b>22,2</b>	<b>22</b>	<b>22,6</b>	<b>23,5</b>	<b>27,9</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Doba obratu zásob udává, jak dlouho trvá, než se zakoupené zboží za peníze přemění na peněžní prostředky. Hodnota ukazatele je za první čtyři sledované roky poměrně stabilní. Od roku 2009 dochází k postupnému zvýšení hodnot a v tomto roce je doba obratu zásob 22 dní. Tato doba od převodu peněz na zboží a zase zpět na peníze je nejkratší. Nejvyšší hodnota je tedy vykázána v roce 2012 (ve výši 27,9 dní) a došlo k zvýšení doby obratu zásob téměř o 6 dní.

Doba obratu pohledávek je vypočtena jako podíl pohledávek a tržeb a výsledná hodnota je vynásobena 360. Udává dobu, jak dlouho musí lékárna čekat, než obdrží platby od svých odběratelů (zdravotních pojišťoven, pacientů, zdravotnických zařízení a ostatních odběratelů).

**Tab. 3.22 Doba obratu pohledávek za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Pohledávky</b>	2 232	2 844	1 878	1 621	1 636
<b>Tržby</b>	27 293	30 771	28 663	27 581	25 938
<b>CELKEM</b>	<b>29,4</b>	<b>33,3</b>	<b>23,6</b>	<b>21,2</b>	<b>22,7</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Mezi rokem 2008 a 2009 je zjištěno zvýšení doby obratu pohledávek téměř o 4 dny – na hodnotu 33,3 dní. Poté nastalo snížení ukazatele o 9,7 dní a je tedy ve výši 23,6 dní. Po roce 2009 je patrné snížení až do roku 2011. Meziročně se v roce 2012 doba obratu pohledávek zvýšila na 22,7 dní. Vždy, když je hodnota ukazatele za daný rok nižší, může na to mít vliv větší počet přijatých plateb v hotovosti (od pacientů) nebo dříve splacené pohledávky na běžný účet (od zdravotních pojišťoven).

**Tab. 3.23 Doba obratu závazků za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Závazky</b>	2 388	2 245	1 219	1 875	1 814
<b>Tržby</b>	27 293	30 771	28 663	27 581	25 938
<b>CELKEM</b>	<b>31,5</b>	<b>26,3</b>	<b>15,3</b>	<b>24,5</b>	<b>25,2</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Doba obratu závazků je doba, za kterou lékárna splácí své závazky. V obchodním zákoníku je stanovena lhůta splatnosti na 30 dnů. V roce 2008 byla doba obratu závazků 31,5 dne a od toho roku je zaznamenán klesající vývoj až na poloviční hodnotu. V roce 2010 je hodnota nejnižší, a to ve výši 15,3 dní. K nejnižší splatnosti došlo díky poklesu závazků. V roce 2010 lékárna závazky splatila za 15,3 dní. V roce 2011 následuje zvýšení ukazatele téměř o 10 dní. Průměrně je doba splatnosti závazků ve sledovaném období 24,6 dní.

**Tab. 3.24 Celková zadluženost za období 2008 – 2012**

Rok/text	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Cizí zdroje</b>	2 388	2 245	1 219	1 875	1 814
<b>Celková aktiva</b>	8 439	9 102	8 154	9 016	9 356
<b>CELKEM</b>	<b>28 %</b>	<b>25 %</b>	<b>15 %</b>	<b>21 %</b>	<b>19 %</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Doporučená hodnota celkové zadluženosti se pohybuje mezi 30 % - 60 %. Proto při prvním pohledu na Tab. 3.24 je zřejmé, že Lékárna „Y“ má nadprůměrné hodnoty v každém sledovaném roce. V roce 2008 byla celková zadluženost 28 % a každoročně dochází k jejímu snižování. Výjimku tvoří rok 2011, kdy došlo k meziročnímu zvýšení o 6 %. Nejnižší hodnota zadluženosti je vykázána v roce 2010 ve výši 15 %. Za sledované období je průměrná hodnota ukazatele 21,6 % a mezi roky 2008 – 2012 se snížila o 9 %. Na výborné výsledky celkové zadluženosti má vliv, že v Lékárně „Y“ tvoří cizí zdroje pouze krátkodobé závazky a nemá žádný úvěr. Pokud by se na cizích zdrojích lékárny podílel bankovní úvěr, vedlo by to ke zvýšení ukazatele zadluženosti.

Při souhrnném zhodnocení hospodaření bylo shledáno, že Lékárna „Y“ má každoročně vyrovnanou bilanci, dlouhodobý majetek je kryt dlouhodobými zdroji a krátkodobý majetek je z větší části kryt dlouhodobými zdroji a zbylou část tvoří krátkodobé zdroje. Hospodaření lékárny je kladné, jelikož každoročně dosahuje zisku. Rentabilita celkového kapitálu se za sledované období snížila, běžná likvidita se průměrně pohybuje v hodnotě 1,6 a doba obratu zásob, pohledávek a závazků vykazuje vynikající hodnoty (téměř v každém roce do 30 dnů). Celková zadluženost je průměrně 21,6 %, pod minimální hranicí ukazatele – nadprůměrná.

Pro potvrzení, nebo vyvrácení hypotézy H1 jsou zdůvodněny změny, ke kterým v průběhu sledovaného období došlo. První změna, která v roce 2008 přišla, bylo zavedení regulačních poplatků, které lékárnám plně zůstávají. Zavedení těchto poplatků by mělo mít vliv na snížení ceny léčiv vydaných na recept, tedy snížení tržeb. Další změnou bylo zvýšení DPH mezi rokem 2007 a 2008 z 5 % na 9 %, které by znamenalo nárůst cen léčiv (zvýšení tržeb lékáren). Podle ČLnK (Poplatek je nedílná součást ceny léku) k tomuto nárůstu nedošlo díky prohloubení degrese obchodní přírážky (v prvních dvou pásmech došlo k navýšení, ale v ostatních bylo zaznamenáno snížení obchodní přírážky) a díky odpočtu<sup>48</sup>. V roce 2007 byla maximální obchodní přírážka ve výši 33 % a v roce 2008 se zvýšila na 36 %. Změnu obchodní přírážky přinesl také rok 2012. Jde pouze o nepatrnou změnu, kdy se maximální obchodní přírážka v prvním pásmu zvýšila o 1 % a v posledním (osmém) pásmu došlo naopak ke snížení o stejné procento (1 %). Nejvíce léků se prodává v prvních (nejnižších) pásmech, tedy změna přírážky v prvním pásmu z 36 % na 37 % by vedla k nepatrnému zvýšení ceny léčiv. Avšak v posledním pásmu došlo k snížení přírážky, tedy snížení ceny léčiv. Nicméně snížení v posledním pásmu se nevyrovná zvýšení v prvním

---

<sup>48</sup> Odpočet se provádí při výdaji léku na recept s úhradou ze zdravotního pojištění. Jeho výše se odvíjí od ceny výroby.



pásmu. Pokud by se počet prodaných léčiv v obou pásmech nezměnil, pak by tato změna měla vliv na snížení tržeb za prodané zboží lékáren. Jestliže by lékárny při změně maximální obchodní přírážky chtěly své tržby zvýšit, musely by průměrně 7krát zvýšit prodej léčiv v prvním pásmu oproti poslednímu (nejvyššímu) pásmu. Podle prezidenta České lékárnické komory PharmDr. Lubomíra Chudoby tato úprava obchodní přírážky menším a venkovským lékárnám nepomůže a ani nezabrání hrozbě zhoršené dostupnosti lékárenské péče ve venkovských oblastech.

Každá lékárna je obklopena prostředím, které ovlivňuje jeho hospodaření, a to buď kladným, nebo záporným způsobem. Faktory, které ovlivňují fungování lékárny, je možné dělit na faktory kontrolovatelné (ovlivnitelné lékárnou) a nekontrolovatelné (lékárna je může velmi obtížně ovlivnit). Kontrolovatelné – vnitřní faktory zahrnují mikroprostředí (finanční a majetková struktura) a meziprostředí (konkurenti, dodavatelé – distributoři léčiv, zákazníci – pacienti). Do nekontrolovatelných – vnějších faktorů patří makroprostředí (zejména legislativní faktory). Legislativní faktory zahrnují právní předpisy popsané v podkapitole 2.2.1 a cenovou regulaci charakterizovanou v podkapitole 2.3.1.

Dodavatelé – distributoři zajišťují velkodistribuci léčiv do zařízení lékárenské péče, pro lepší přístup pacienta ke zboží. V České republice je uplatňován model na bázi výrobce – lékárenský velkoobchod – maloobchod (lékárna). Výběr distributorů záleží na lékárně – podle toho, jak kvalitní služby poskytují.

Zákazníci – pacienti si volí sami, kterou lékárnou navštíví, také na základě poskytnutých služeb. Obě vybrané lékárny se snaží o zvýšení počtu nových pacientů, kteří navštíví danou lékárnou, a o udržení stávajících zákazníků pomocí nových služeb a zvýšením nabízeného sortimentu.

Konkurenci je vystavena jak Lékárna „X“, tak Lékárna „Y“. V okolí lékárny „X“ je pouze jedna konkurenční lékárna, ale musí čelit konkurenci, která vznikla ve městě. Lékárna „Y“ má ve svém okolí více lékáren, se kterými vede „konkurenční boj“ o pacienty/zákazníky.

Majetkovou strukturu obou lékáren tvoří složky majetku (aktiv). Informuje o tom, kolik aktiv má lékárna ve vázané formě (dlouhodobá aktiva), a kolik v likvidní formě (krátkodobá aktiva). Finanční strukturou se rozumí struktura pasiv (kapitálu lékárny), která slouží ke krytí majetku. Finanční struktura informuje o druhu kapitálu (vlastní nebo cizí), o době trvání kapitálu (dlouhodobý nebo krátkodobý) a o stabilitě lékárny.

## **4 ZHODNOCENÍ HOSPODAŘENÍ VYBRANÝCH LÉKÁREN A VLIV CEN VYBRANÝCH LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ V LÉKÁRNÁCH OKRESU UHERSKÉ HRADIŠTĚ**

Analýza hospodaření lékáren pomocí základních výkazů účetní závěrky byla srovnána vždy za sledované období 2008 – 2012. Pomocí rozvahy u Lékárny „X“ bylo zjištěno, že největší změnou, která byla vykázána, byla v roce 2010 na straně aktiv, a to nákup dlouhodobého hmotného majetku v celkové hodnotě 1 704 tis. Kč. Na straně pasiv došlo k přijetí bankovního úvěru od banky ve výši 1 400 tis. Kč, který sloužil právě pro financování dlouhodobého majetku. Výše zásob za sledované období je poměrně stabilní, v průměrné výši 438,8 tis. Kč. Krátkodobý finanční majetek se mezi rokem 2008 a 2012 snížil o 499 tis. Kč. Výsledek hospodaření běžného účetního období je zobrazen v grafu 4.1. Další významnou pasivní položkou jsou krátkodobé závazky, které se za sledované období snížily o 344 tis. Kč. Na závěr analýzy lze říct, že Lékárna „X“ svůj dlouhodobý majetek kryje dlouhodobými zdroji a na krytí krátkodobého majetku se z větší části podílí krátkodobé zdroje a zbylá část je kryta dlouhodobými zdroji. Tato podmínka zaručuje dobré hospodaření lékárny.

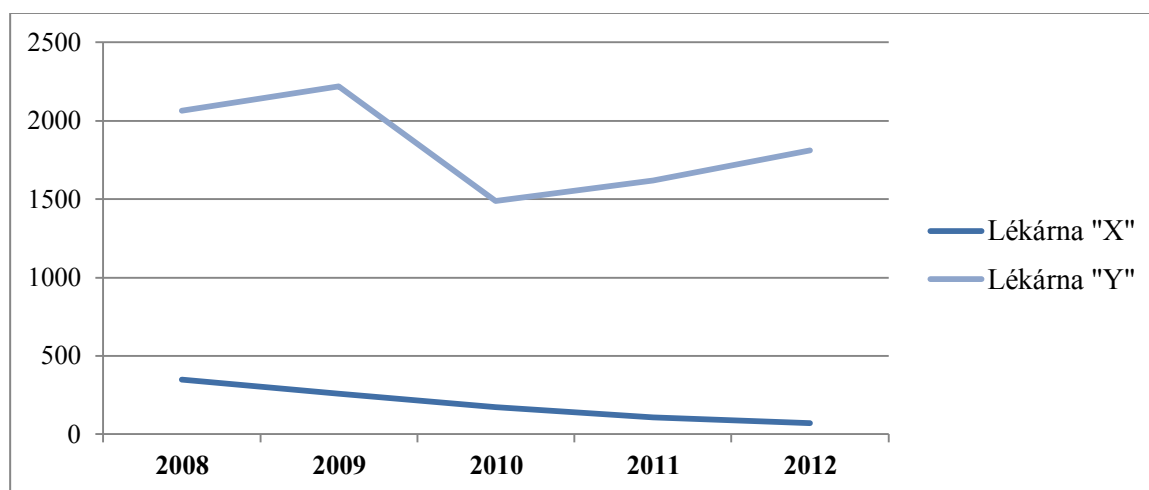
Analýza provedená pomocí výkazu zisků ztrát zobrazuje tržby za prodané zboží a náklady vynaložené na prodané zboží a tyto položky vykazují nejvyšší finanční zastoupení ve výkazu. Dále pak jsou zde ostatní provozní náklady a provozní výnosy, finanční náklady a výnosy a mimořádné náklady. Tržby za prodej zboží se v průběhu sledovaných let snížily o 607 tis. Kč, stejně jako náklady vynaložené na prodané zboží, které se snížily o 510 tis. Kč. Snížení obou položek vedlo ke snížení zejména obchodní marže o 96 tis. Kč. Na položku přidané hodnoty mělo vliv snížení obchodní marže, zvýšení výkonů a výkonové spotřeby. Odpisy dlouhodobého majetku jsou zaznamenány až od roku 2011, tudíž majetek byl zakoupen až na konci roku 2010. VH za účetní období (zisk) je zobrazen v grafu 4.1.

Analýza rozvahy u Lékárny „Y“ vykazuje dlouhodobý hmotný majetek v každém roce a k jeho výraznému zvýšení došlo v roce 2010. Výše zásob se ve sledovaném období zvýšila o 327 tis. Kč. U aktivní položky krátkodobých pohledávek bylo zaznamenáno snížení od roku 2008 do roku 2012 o 596 tis. Kč, naproti tomu u krátkodobého finančního majetku došlo ke zvýšení o 1 128 tis. Kč. VH běžného účetního období je zaznamenán v grafu 4.1. U poslední pasivní položky krátkodobých závazků bylo vykázáno snížení o 574 tis. Kč.

Dlouhodobý majetek je kryt dlouhodobými zdroji a krátkodobý majetek je z větší části pokryt také dlouhodobým majetkem a jeho zbylá část je financována krátkodobými zdroji. Tato skutečnost je důkazem výrazně lepšího hospodaření Lékárny „Y“ než Lékárny „X“.

Podle analýzy výkazu zisků a ztrát jsou finančně nejvýznamnějšími položkami tržby za prodané zboží, které se za sledované období snížily o 801 tis. Kč, a náklady vynaložené na prodané zboží, které se také snížily, a to o 1 106 tis. Kč. Jelikož snížení nákladů bylo větší než snížení tržeb, došlo mezi rokem 2008 a 2012 ke zvýšení obchodní marže o 305 tis. Kč. Položka přidané hodnoty se snížila díky vlivu snížení výkonů a výkonové spotřeby. Daň z příjmů za běžnou činnost se v průběhu sledovaného období snížila, a to především díky snížení VH, ze kterého je vypočítána. VH za běžnou činnost je také zobrazen v grafu 4.1.

**Graf 4.1 Výsledek hospodaření za běžnou činnost (zisk) u obou lékáren za období 2008 – 2012 (v tis. Kč)**

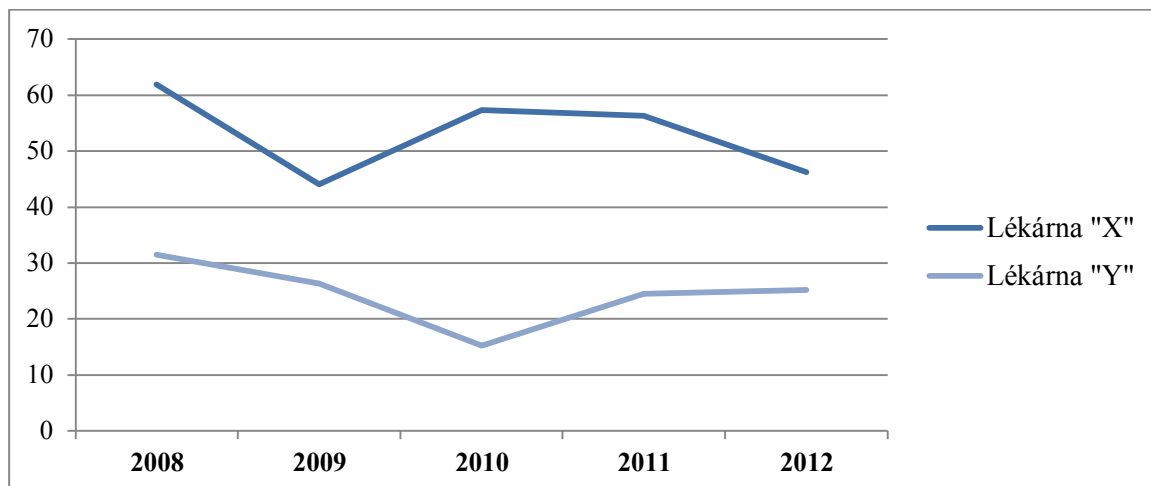


Zdroj: Vlastní zpracování.

Z grafu 4.1 je patrné, že zisk u Lékárny „X“ má tendenci každoročně klesající, kdežto u Lékárny „Y“ je nejprve zaznamenáno zvýšení zisku, následné snížení mezi lety 2009 a 2010 a od roku 2010 dochází zase k jeho zvýšení. Mezi sledovaným obdobím je vykázáno snížení zisku u Lékárny „X“ o 276 tis. Kč a u Lékárny „Y“ o 251 tis. Kč. I když výše, o kterou došlo ke snížení, je u obou lékáren poměrně stejná, pro Lékárnu „X“ je toto snížení nepříznivé (o 79 %) a pro Lékárnu „Y“ to představuje nepatrné snížení (o 12 %). Na 79 % pokles zisku u Lékárny „X“ má vliv snížení provozního výsledku hospodaření (na který mělo vliv zvýšení osobních nákladů, zvýšení odpisů a zvýšení ostatních provozních nákladů) a zvýšení záporného finančního výsledku hospodaření (zvýšení nákladových úroků).

V následujících grafech bude zhodnoceno hospodaření u obou lékáren podle poměrových ukazatelů. Graf 4.2 zobrazí dobu obratu závazků a graf 4.3 vykáže celkovou zadluženost za sledované období u obou lékáren.

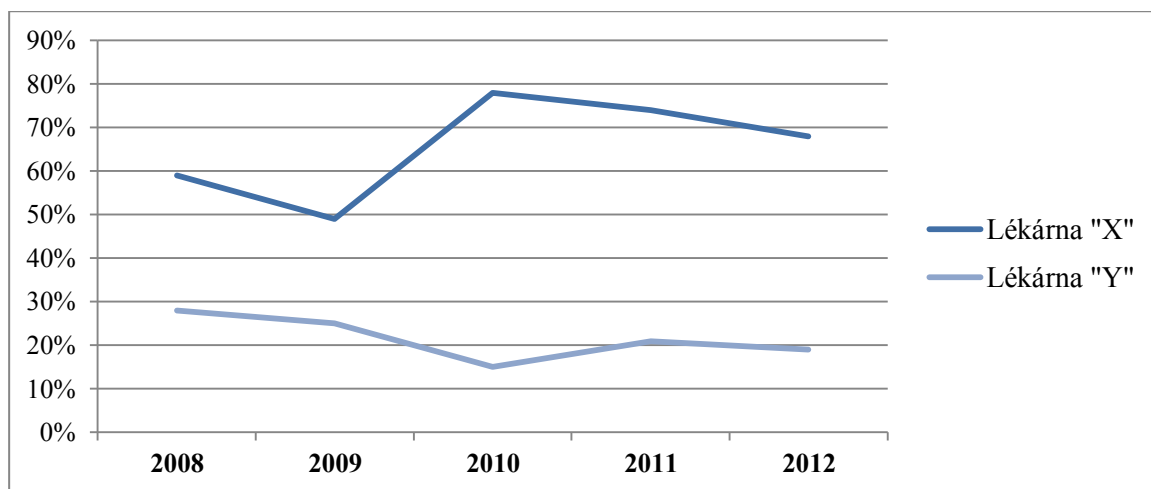
**Graf 4.2 Doba obratu závazků za období 2008 – 2012 u obou lékáren (dny)**



Zdroj: Vlastní zpracování.

Podle grafu 4.2 je zřejmé, že Lékárna „X“ své závazky splácí za více jak 30 dnů, avšak v tomto případě dodavatelské úvěry financují pohledávky a zásoby, což je výhodné. U druhé Lékárny „Y“ je patrné, že tato lékárna své závazky vůči dodavatelům splácí v poměrně krátkém čase, a to do 30 dnů splatnosti. Graf 4.2 tedy ilustruje dobu obratu závazků kratší u Lékárny „Y“.

**Graf 4.3 Celková zadluženost za období 2008 – 2012 u obou lékáren (%)**



Zdroj: Vlastní zpracování.

Doporučená hodnota celkové zadluženosti se pohybuje mezi 30 % - 60 %. Z grafu 4.3 je zřejmé, že obě sledované lékárny se v daném období 2008 – 2012 v tomto doporučeném rozmezí pohybují, až na výjimku u Lékárny „X“ od roku 2010, kdy došlo ke zvýšení zadluženosti nad 60 %. Na toto zvýšení má vliv přijatý úvěr od banky právě v roce 2010. Lékárna „Y“ dokonce vykazuje hodnoty pod minimální doporučenou hranicí (30 %). Je tedy zřejmé, že Lékárna „Y“ díky tomu, že nesplácí žádný úvěr (nemá žádné dlouhodobé závazky), má hodnoty nadprůměrné, tedy celková zadluženost lékárny je velice nízká.

Z celkového shrnutí hospodaření vychází lépe právě Lékárna „Y“. V průběhu sledovaného období se výše dosahovaného zisku snížila o 12 %, doba splatnosti závazků vůči dodavatelům je kratší než stanovených 30 dnů splatnosti a celková zadluženost lékárny je nadprůměrná, je pod nižší doporučenou hranicí 30 %. Lékárně „Y“ tedy nejsou navržena žádná doporučení pro zlepšení hospodaření.

Jelikož v průběhu sledovaného období 2008 – 2012 došlo k výraznému poklesu zisku u Lékárny „X“, ovlivnilo to i snížení hodnoty ukazatelů rentability. Společnost ve sledovaných letech nevykazuje ztrátu, což je příznivé. Doporučením pro lékárnu je udržení kladných hodnot ukazatelů rentability, popřípadě jejich zvýšení. Dalším doporučením je udržet klesající tendenci doby obratu závazků a snižovat tuto dobu splatnosti až k hodnotě okolo 30 dnů, která je stanovena zákonem č. 179/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Pro Lékárnu „X“ je velmi důležité co nejdříve splatit úvěr, a tak odstranit nákladové úroky. Splacení úvěru lékárně přinese nižší procento ukazatele celkové zadluženosti.

Lékárna by měla mít snahu o udržení stávající klientely a vynaložit finanční prostředky do reklamy či podpory prodeje, a tak přilákat nové klienty. Příhodné by bylo zvýšení nákladů na vzdělání zaměstnanců a tím dosáhnout lepší informovanosti zákazníků. Vzdělávání lékárníků a farmaceutických asistentů zajišťuje společnost Health communication s.r.o. pomocí programu Educomm a Česká lékárnická komora pomocí různých kurzů.

#### **4.1 Analýza cen léčiv v lékárnách okresu Uherské Hradiště**

Cena léčivých přípravků v ČR je vázána mnoha pravidly a předpisy. Lékárna vyšší prodejní ceny léčiv může ovlivnit v podstatě pouze snížením své obchodní marže. Výsledkem jsou odlišné ceny stejného léčivého přípravku v lékárnách. Analýza zobrazí, jak se mění konečná cena léčiv pro spotřebitele v daném okrese, v různém umístění lékáren.

Analýza byla provedena v okrese Uherské Hradiště, u deseti vybraných léčivých přípravků a deseti vybraných lékáren. Mezi léčivými přípravky jsou jak přípravky volně prodejné, tak přípravky částečně hrazené zdravotními pojišťovnami. Skupina léčivých přípravků byla vybrána tak, aby léčiva byla zaměřená na analgetika, antirevmatika (od bolesti, zánětů) a nejprodávanější léčiva ve vybraných lékárnách. Seznam vybraných léčiv a výše prodejní ceny je zobrazena v Tab. 4.2. Sběr dat probíhal od 20. 3. 2014 do 21. 3. 2014. Lékárny jsou uvedeny anonymně pod číslem, z důvodu citlivosti poskytnutých dat. Ceny vybraných léčiv poskytli většinou přímo pracovníci lékárny v rámci osobního rozhovoru, v některých případech byly informace získány pomocí emailu. Následující Tab. 4.1 ilustruje umístění lékárny ve městě Uherské Hradiště nebo v obci, v centru nebo v okolí a také zda je umístěna přímo ve zdravotnickém zařízení, v nákupním centru nebo jinde.

**Tab. 4.1 Charakteristika sídel vybraných lékáren v Uherském Hradišti a okolí**

Lékárna číslo	Typ obce		Centrum/okraj obce		Lokalizace		
	Uherské Hradiště	Obec	Centrum	Okraj	Ve zdravotnickém zařízení	V nákupním centru	Jiné
1	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ne
2	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ne
3	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ano
4	ano	ne	ano	ne	ne	ne	ano
5	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ano
6	ne	ano	ano	ne	ne	ne	ano
7	ne	ano	ne	ano	ano	ne	ne
8	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne
9	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ne
10	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne

Zdroj: Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.1 je patrné, že z deseti vybraných lékáren z okresu Uherského Hradiště je jich 7 lokalizováno právě ve městě a 3 z nich jsou umístěny v okolních obcích města Uherského Hradiště. Právě pět z těchto lékáren bylo provozovatelem otevřeno v centru města nebo obce a druhá polovina (5 lékáren) sídlí na okraji města nebo obce. Dále je zřejmé, že 4 lékárny jsou součástí zdravotnického zařízení, 2 lékárny své služby poskytují společně s nákupním centrem a zbylé čtyři lékárny jsou zřízeny jinde než ostatní.

V následující Tab. 4.2 jsou zobrazeny vybrané léčivé přípravky, mezi které patří volně prodejná léčiva (Panadol, Paralen, Ibalgin, Brufen a Ibumax) a částečně hrazené léčivé přípravky od zdravotní pojišťovny (Aulin, Nimesil, Recoxa, Diclofenac a Voltaren). U těchto léčiv je vždy zobrazena prodejní cena léčivého přípravku podle toho, ve které z vybraných 10 lékáren se tato cena objevuje. Prodejní cena u léčivých přípravků částečně hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění je včetně úhrady od zdravotní pojišťovny.

**Tab. 4.2 Prodejní cena léčiv v (Kč)**

<b>Lékárny/ Léčiva</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Panadol (v.b. 12, 500MG)	20	20	20	21	18,4	16	16,7	19,9	20	21
Paralen 500 (v.b. 24, 500MG)	36,5	35	35	34	34,1	38	37	35	36	38
Ibalgin 400 (v.b. 48, 400MG)	65	72,9	79	75	61,1	79	77,9	60	63,9	69
Brufen 400 (v.b. 30, 400MG)	51,5	44,9	47	45	45	55,2	60	43	44	49
Ibumax 400 (v.b. 30, 400MG)	38	36	36,9	38	35,9	39	36	35	35	40
Aulin (v.b. 30, 100MG)	160,9	171	169,9	143,6	157,6	178,5	173	162	149,9	152,6
Nimesil (v.b. 30, 100MG)	159	160,6	160,9	160	160,6	160,6	160,6	160	160	160,6
Recoxa 15 (v.b. 30, 15MG)	116,9	117	115	117,9	117,9	117,9	117,9	117,9	117	117,9
Diclofenac AL25 (v.b. 50, 25MG)	54,9	55	57,9	55,1	51,2	55	55,2	53,5	53,9	56
Voltaren 50 (v.b. 20, 50MG)	131	134,9	132	117,9	132,8	132,8	132,8	132	133,5	132,9

Zdroj: Vlastní zpracování.

Při prvním pohledu na Tab. 4.2 je zřejmé, že ceny volně prodejních léčiv jsou poměrně levnější než léčivé přípravky částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Zřejmé je také to, že prodejní ceny deseti vybraných léčivých přípravků se ve vybraných lékárnách liší. Tabulka sloužila především ke statistice, která je provedena v Tab. 4.3 „Statistika prodejní ceny léčiv“ a která znázorní ukazatele vypovídající o ceně léčiv pomocí statistických funkcí.

V Tab. 4.3 je zobrazena maximální výše úhrady ze zdravotního pojištění v Kč podle informací dostupných ze SÚKL (o lécích). Dále jsou uvedeny základní statistické charakteristiky zjištěných údajů, kterými jsou maximální prodejní cena v Kč, minimální

prodejní cena v Kč, průměrná cena v Kč, směrodatná odchylka, variační koeficient a variační koeficient v %.

**Tab. 4.3 Statistika prodejní ceny léčiv**

Léčiva	Max úhrada (Kč)	Min (Kč)	Max (Kč)	Průměr (Kč)	Směro- datná odchylka	Variační koeficient	Var. koef. (%)
Panadol (v.b. 12, 500MG)	-	16	21	19,3	1,6297	0,0844	8,44
Paralen 500 (v.b. 24, 500MG)	-	34	38	35,86	1,4023	0,0391	3,91
Ibalgin 400 (v.b. 48, 400MG)	-	60	79	70,28	7,0672	0,1006	10,06
Brufen 400 (v.b. 30, 400MG)	-	43	60	48,46	5,2591	0,1085	10,85
Ibumax 400 (v.b. 30, 400MG)	-	35	40	36,98	1,6191	0,0438	4,38
Aulin (v.b. 30, 100MG)	96,63	143,6	178,5	161,9	10,6323	0,0657	6,57
Nimesil (v.b. 30, 100MG)	96,63	159	160,9	160,29	0,5262	0,0033	0,33
Recoxa 15 (v.b. 30, 15MG)	193,26	115	117,9	117,33	0,8821	0,0075	0,75
Diclofenac AL25 (v.b. 50, s. 25MG)	47,10	51,2	57,9	54,77	1,6383	0,0299	2,99
Voltaren 50 (v.b. 20, 50MG)	37,68	117,9	134,9	131,26	4,5577	0,0347	3,47

Zdroj: Vlastní zpracování.

Z Tab. 4.3 je tedy zřejmé, že nejvyšší maximální možná úhrada je ve výši 193,26 Kč u léčiva Recoxa 15, na rozdíl od Voltarenu 50, kde je maximální výše úhrady 37,68 Kč, tedy nejnižší částka ze sledovaných léčiv. Nejdražším léčivem je Aulin, jehož maximální hodnota je 178,5 Kč, z deseti sledovaných léčivých přípravků je jeho minimální hodnota ve výši 143,6 Kč. Nejlevnějším z vybraných léčivých přípravků je Panadol s minimální cenou 16 Kč za balení ze všech lékáren, jeho maximální hodnota byla vykázána 21 Kč. Největší rozdíl mezi maximální a minimální cenou je patrný u nejdražšího léčiva, tedy Aulinu, naopak nejnižší rozdíl byl vykázan u léčivého přípravku Nimesil a Recoxa. V posledním sloupci tabulky je zaznamenán variační koeficient, který ukazuje na relativní rozdíly vztažené k ceně. Udává, z kolika procent se v průměru odchylují jednotlivé hodnoty od aritmetického průměru. Variační koeficient se vypočítá jako poměr směrodatné odchylky a průměru, proto je v této tabulce taky zobrazen sloupec směrodatné odchylky. Vysoký



variační koeficient je vykázán u Brufenu, Ibalginu a Panadolu. Nejnižší koeficient mají léčivé přípravky jako Nimesil a Recoxa.

Lékárna, která má téměř ve všech vybraných léčivých přípravcích nejnižší prodejní ceny, je lékárna, která je zřízena v okolní obci na okraji a jinde než ve zdravotním zařízení nebo nákupním centru. Je tedy zřejmé, že aby lékárna dokázala prodat nakoupená léčiva, musí jejich cenu snížit na úkor své obchodní marže. Dalšími lékárnami, které vykazují poměrně nízké ceny u většiny vybraných léčiv, jsou lékárny, které jsou umístěny ve městě, na okraji a zřízeny spolu s nákupním centrem. V nákupních centrech jsou většinou provozovány řetězcové lékárny, které vedou „cenovou válku“ pomocí různých slev a výhod, díky nimž jejich zisky každoročně rostou. Lidé společně s nákupem potravin mohou nakoupit léčiva, a to za výhodnější ceny. Snížení prodejních cen těchto lékáren na úkor jejich obchodní marže se tedy vyplatí. Je tedy zřejmé, že umístění lékárny má vliv na prodejní ceny léčivých přípravků nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Pro většinu lidí jsou různé ceny v lékárnách signálem k tomu, že musí obcházet více lékáren, než si léčivý přípravek koupí za nejnižší cenu, a tuto situaci vidí negativně. Když lékárna sníží prodejní cenu léčiva, je to na úkor lékárny, nicméně řada menších lékáren si toto snížení nemůže dovolit, protože by nepokryla vlastní náklady. Prioritou mnoha lékárníků (České lékařské komory) je, aby se doplatky léčivých přípravků v lékárnách sjednotily. Avšak to by znamenalo stejně „vysoké“ ceny pro všechny pacienty, ne stejně „nízké“, z důvodu ztráty konkurenčního prostředí.

## 5 ZÁVĚR

Zdravotní politika je souhrn politických a společenských aktiv, které působí na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. Obecným cílem zdravotní politiky je zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a k naplnění tohoto cíle musí také směřovat léková politika, u které musí být středem zájmu pacient a jeho zdraví. Mezi nástroje při realizaci zdravotní a lékové politiky patří systém zákonů, norem a standardů, finanční prostředky a způsob jejich alokace. Hlavním cílem lékové politiky je zajištění bezpečných, kvalitních a účinných léčiv. Tento cíl se snaží naplnit lékárny, které v České republice mohou být ústavní nebo základní. Lékárna tedy poskytuje pacientovi určitou službu, a to výdej léků a potřebné informace. Lékárny jsou chráněny a řízeny cenovou a úhradovou regulací prováděnou státem.

Cílem diplomové práce bylo na základě analýzy hospodaření vybraných lékáren v letech 2008 – 2012 zhodnotit hospodaření těchto subjektů a provést porovnání prodejních cen vybraných léčivých prostředků částečně hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění a nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění, za účelem vyhodnocení cenové politiky léčivých přípravků v okrese Uherské Hradiště. Cíl byl naplněn a potvrzen díky analýze hospodaření lékáren a analýze porovnání prodejních cen u deseti vybraných lékáren a deseti vybraných léčivých přípravků v Uherském Hradišti.

Druhá kapitola diplomové práce byla pouze teoretická. Na začátku byla vyjádřena návaznost lékové politiky na zdravotní politiku a veřejnou politiku, dále byl popsán pojem zdraví, který je podle WHO definován jako stav plné fyzické, psychické a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Faktory, které ovlivňují naše zdraví, jsou vnitřní a vnější. Teoretická část pokračuje vymezením pojmu zdravotní péče, zdravotní pojištění a léková politika. Cílem lékové politiky je zajištění bezpečných, účinných a kvalitních léčiv pro obyvatelstvo v potřebném množství, za přiměřenou cenu a za sociálně přijatelných podmínek. Ke správnému řízení lékové politiky je potřebná daná legislativa, která je v teoretické části vystihnuta. Při bližším pohledu na lékovou politiku byla zaměřena pozornost na cenovou regulaci léčiv, spotřebu léčiv, výdaje na léčiva a regulaci výdajů na léčiva. Lékárna je definována jako specializovaný maloobchod, kde se kromě prodeje a výdeje léků setkáváme s prodejem ostatního sortimentu. Mezi úkoly a činnosti lékáren patří zejména výdej a prodej léčiv, příprava léků a léčivých přípravků, zásobování podle potřeb pacientů a zdravotnických zařízení, konzultační a informační činnost a další činnosti. Mezi pracovníky, stanovené pomocí kategorie pracovníků v lékárně, patří zejména farmaceut,

farmaceutický asistent a sanitárka. Požadavky na technické a věcné vybavení byly popsány v závěru teoretické části.

Ve třetí části diplomové práce, která je praktická, je zobrazeno hospodaření vybraných lékáren za sledované období 2008 – 2012. Po finanční analýze lékáren následovala analýza lékáren pomocí poměrových ukazatelů, mezi které patřily ukazatele rentability, likvidity, aktivity a zadluženosti. Z těchto provedených analýz je patrné, že obě lékárny svůj dlouhodobý majetek kryjí dlouhodobými zdroji a u Lékárny „X“ na krytí krátkodobého majetku jsou z větší části použity krátkodobé zdroje a na zbylou část jsou použity dlouhodobé zdroje. U Lékárny „Y“ jsou na krytí krátkodobého majetku z větší části použity dlouhodobé zdroje a zbylou část kryjí krátkodobé zdroje. Podle této podmínky je hospodaření Lékárny „Y“ lepší díky tomu, že na krátkodobý majetek použije zejména své dlouhodobé zdroje. Při zkoumání hospodaření pomocí výkazu zisků a ztrát došlo k poklesu zisku u obou lékáren. Lékárna „X“ za sledované období 2008 – 2012 vykázala 79 % pokles zisku a Lékárna „Y“ vykázala pouze 12 % snížení zisku. Opět je na tom lépe Lékárna „Y“, z pohledu snížení zisku. Poměrové ukazatele také vykazují výhodnější hospodaření Lékárny „Y“, a to díky tomu, že její ukazatel doby obratu závazků je pod hranicí 30 dnů, kdežto u Lékárny „X“ je nad hranicí 40 dnů. Ukazatel celkové zadluženosti u Lékárny „X“ je nad hranicí 50 % a v roce 2010, kdy byl přijat úvěr, jeho výše vzrostla nad 70 %. Celková zadluženost u Lékárny „Y“ je ve všech sledovaných letech pod stanovenou doporučenou minimální hranicí 30 % - velmi nízká zadluženost, jelikož lékárna nesplácí žádný úvěr.

Hypotéza H1, která zní „Na hospodaření vybraných lékáren měly vliv změny v lékové politice v letech 2008 – 2012“ byla potvrzena, díky snížení tržeb za sledované období u obou lékáren.

Ve čtvrté, také praktické části bylo zhodnoceno hospodaření vybraných lékáren a následně byla provedena analýza prodejních cen deseti vybraných léčiv v deseti vybraných lékárnách v okrese Uherské Hradiště. Bylo zjištěno, že ceny léčiv se liší díky umístění lékárny. Z analýzy vyplynulo, že nejdražším léčivým přípravkem je Aulin (částečně hrazený z veřejného zdravotního pojištění), nejlevnějším léčivým přípravkem byl Panadol (nehrazený z veřejného zdravotního pojištění). Nejvíce se procentně od průměru ceny daného léčiva odchylují léčivé přípravky jako Brufen, Ibalgin a Panadol. Naopak nejnižší koeficient mají léčivé přípravky jako Nimesil a Recoxa.

Hypotéza H2 „Na prodejní ceny vybraných léčivých přípravků částečně hrazených a nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění nemá vliv umístění lékárny ve vybraném okrese“ je vyvrácena, jelikož umístění lékárny mělo vliv na prodejní ceny léčiv. Nejnižší prodejní ceny u vybraných léčivých přípravků byly zaznamenány u lékárny v okrajové obci od okresního města, sídlící na okraji obci, která není provozována se zdravotním zařízením nebo nákupním centrem. Další lékárny, které vykazují nejnižší prodejní ceny u většiny vybraných léčivých přípravků, jsou lékárny, které jsou zřízeny na okraji okresního města a provozovány společně s nákupním centrem.

Na činnost a hospodaření lékáren mají vliv faktory na makroúrovni (zejména legislativa), mezoúrovni (dodavatelé, zákazníci, konkurence) a mikroúrovni (majetková a finanční struktura lékárny). Na prodejní cenu léčiv má vliv obchodní přírážka, kterou si lékárna stanoví. Dalším vlivem může být umístění lékárny v dané obci nebo městě a také to, zda je zřízena samostatně, nebo společně s nákupním centrem nebo zdravotním zařízením.

## SEZNAM LITERATURY

### Odborná literatura:

- [1] BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- [2] DALGREN, Göran a Margaret WHITEHEAD. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, 1991. ISBN 978-91-85619-18-4.
- [3] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- [4] GLADKIJ, Ivan a kolektiv. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- [5] HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
- [6] KNAPKOVÁ, Ariana, PAVELKOVÁ, Drahomíra a Karel ŠTEKER. *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4456-8.
- [7] MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.
- [8] METYŠ, Karel a Peter BALOG. *Marketing ve farmacii*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-0830-2.
- [9] NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- [10] POTŮČEK, Martin a kolektiv. *Veřejná politika*. Praha.: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. ISBN 80-86429-50-4.
- [11] PRÁZNOVCOVÁ, Lenka a Ladislav STRNAD. *Farmakoekonomika pro lékaře, farmaceuty a manažery zdravotnických zařízení*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-048-8.

[12] PRÁZNOVCOVÁ, Lenka a Ladislav STRNAD. *Zdraví, zdravotnictví a léková politika v ČR a v zemích EU*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-075-5.

### **Legislativa:**

[13] Zákon č. 378 ze dne 6. prosince 2007 o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007, částka 115, s. 5342-5428. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-378>. ISSN 1211-1244.

[14] Zákon č. 48 ze dne 28. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1186-1264. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>.

[15] Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. ISSN 1211-1244.

[16] Zákon č. 265 ze dne 18. června 1991 o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 50, s. 1162-1163. Dostupný také z: <http://www.mfcr.cz/cs/legislativa/legislativni-dokumenty/1991/zakon-c-265-1991-sb-3340>.

[17] Vyhláška č. 99 ze dne 22. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1686-1730. Dostupná také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>.

[18] Vyhláška č. 92 ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 36, s. 1522-1603. Dostupná také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>. ISSN 1211-1244.

### **Odborný časopis:**

[19] BRHEL, Martin a Vladimír ROGALEWICZ. *Analýza cen léků v lékárnách jednoho okresu*. Zdravotnictví v České republice [online]. 2010, roč. 13, č. 9. [cit. 2010-12-14] Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-4-2010.pdf>

[20] DOLEŽAL, Tomáš a kolektiv. *Principy farmakoekonomického hodnocení – světové trendy a česká realita*. Postgraduální medicína [online]. 2011, roč. 13, č. 8. [cit. 2011-10-07] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/postgradualni-medicina/?id=3782>

[21] ŘÍHOVÁ, Barbora. *Metodologie farmakoekonomických studií včetně CEA analýz*. Postgraduální medicína [online]. 2011, roč. 13, č. 8. [cit. 2011-10-07] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/postgradualni-medicina/?id=3782>

#### **Internetové zdroje:**

[22] BusinessInfo, Daň z přidané hodnoty v Evropské unii [online]. Dostupné z: <http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/dan-z-pridane-hodnoty-v-evropske-unii-29141.html>

[23] Cenový předpis 1/2013/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely [online]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/cizinci/dokumenty/cenovy-predpis-1/2013/far\\_7298\\_1953\\_3.html](http://www.mzcr.cz/cizinci/dokumenty/cenovy-predpis-1/2013/far_7298_1953_3.html)

[24] Cenový předpis 1/2008/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely [online]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=994&name=Cenovy%20predpis LP ze 28 05 08.pdf>

[25] Česká lékárnická komora, Činnost a oprávnění České lékárnické komory [online]. Dostupné z: <http://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Ukoly-CLnK.aspx>

[26] Česká lékárnická komora, Kategorie pracovníků v lékárně [online]. Dostupné z: <http://www.lekarnici.cz/Pro-verejnost/Informace-pro-verejnost/Kategorie-pracovniku-v-lekarne.aspx>

[27] Česká lékárnická komora, Priority ČLnK 2014 – 2017 [online]. Dostupné z: <http://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Kdo-je-CLK/Priority-CLnK-2014---2017.aspx>

[28] Česká lékárnická komora, Výroční zpráva za rok 2012 [online]. Dostupné z: <http://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Vyrocní-zpravy/Vyrocní-zprava-za-rok-2012.aspx>

[29] Český statistický úřad, Mezinárodní porovnání výdajů na zdravotnictví [online]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AE4/\\$File/330613k5.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AE4/$File/330613k5.pdf)

- [30] Mezinárodní porovnání výdajů na zdravotnictví [online]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AE4/\\$File/330613k5.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AE4/$File/330613k5.pdf)
- [31] Ministerstvo zdravotnictví ČR. Úhradová regulace léčiv [online]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-reguluji-uhrady-leciv\\_2517\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/jak-se-reguluji-uhrady-leciv_2517_1.html)
- [32] Ministerstvo zdravotnictví ČR, Zdravotní pojišťovny [online]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html)
- [33] SÚKL, Legislativa a pokyny [online]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/legislativa>
- [34] ÚZIS ČR, Kardexy, dokumenty Zdravotnictví krajů 2012. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/kardexy>
- [35] ÚZIS ČR, Lékárenská péče ve Zlínském kraji v roce 2012, s. 47. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/lekarenska-pece-ve-zlinskem-kraji-roce-2012>
- [36] ÚZIS ČR, Lékárny v roce 2012 [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/lekarny-roce-2012>
- [37] ÚZIS ČR, Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012, s. 47. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-drive-vyvoj-financnich-ukazatelu-makroekono>
- [38] Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky [online]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodik>

#### **Interní zdroje:**

- [39] Rozvaha a výkaz zisků a ztrát za rok 2008, 2009, 2010, 2011 a 2012 u Lékárny „X“
- [40] Rozvaha a výkaz zisků a ztrát za rok 2008, 2009, 2010, 2011 a 2012 u Lékárny „Y“



## SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
ČLnK	Česká lékařenská komora
DPH	Daň z přidané hodnoty
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
LZ	Lékařenské zařízení
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PZT	Prostředky zdravotní techniky
ROA	Rentabilita celkového kapitálu
ROS	Rentabilita tržeb
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
UH	Uherské Hradiště
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnický organizace
VH	Výsledek hospodaření
ZP	Zdravotnické prostředky

## PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 25. 4. 2014



Veronika Bilavčíková

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Seznam zdravotních pojišťoven k 1. 1. 2014.

Příloha č. 2: Maximální obchodní přírážka z roku 2008 a 2013.

Příloha č. 3: Běžné výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích EU podle druhu zdravotní péče 2010.

Příloha č. 4: Vývoj sazby daně z příjmů právnických osob.

## **PŘÍLOHA č. 1**

### **Seznam zdravotních pojišťoven k 1. 1. 2014:**

- 111 – Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- 201 – Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- 205 – Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- 207 – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- 209 – Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- 211 – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- 213 – Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

## **PŘÍLOHA č. 2**

### **Maximální obchodní přírážka z roku 2008 a 2013**

#### **Tabulka Maximální obchodní přírážka z roku 2008**

<b>Pásmo</b>	<b>Základ od (v Kč)</b>	<b>Základ do (v Kč)</b>	<b>Sazba</b>	<b>Nápočet (v Kč)</b>
<b>1</b>	0,00	150,00	36 %	0,00
<b>2</b>	150,01	300,00	33 %	4,50
<b>3</b>	300,01	500,00	24 %	31,50
<b>4</b>	500,01	1 000,00	20 %	51,50
<b>5</b>	1 000,01	2 500,00	17 %	81,50
<b>6</b>	2 500,01	5 000,00	14 %	156,50
<b>7</b>	5 000,01	10 000,00	6 %	556,50
<b>8</b>	10 000,01	9 999 999,00	5 %	656,50

Zdroj: Cenový předpis 1/2008/FAR. Vlastní zpracování.

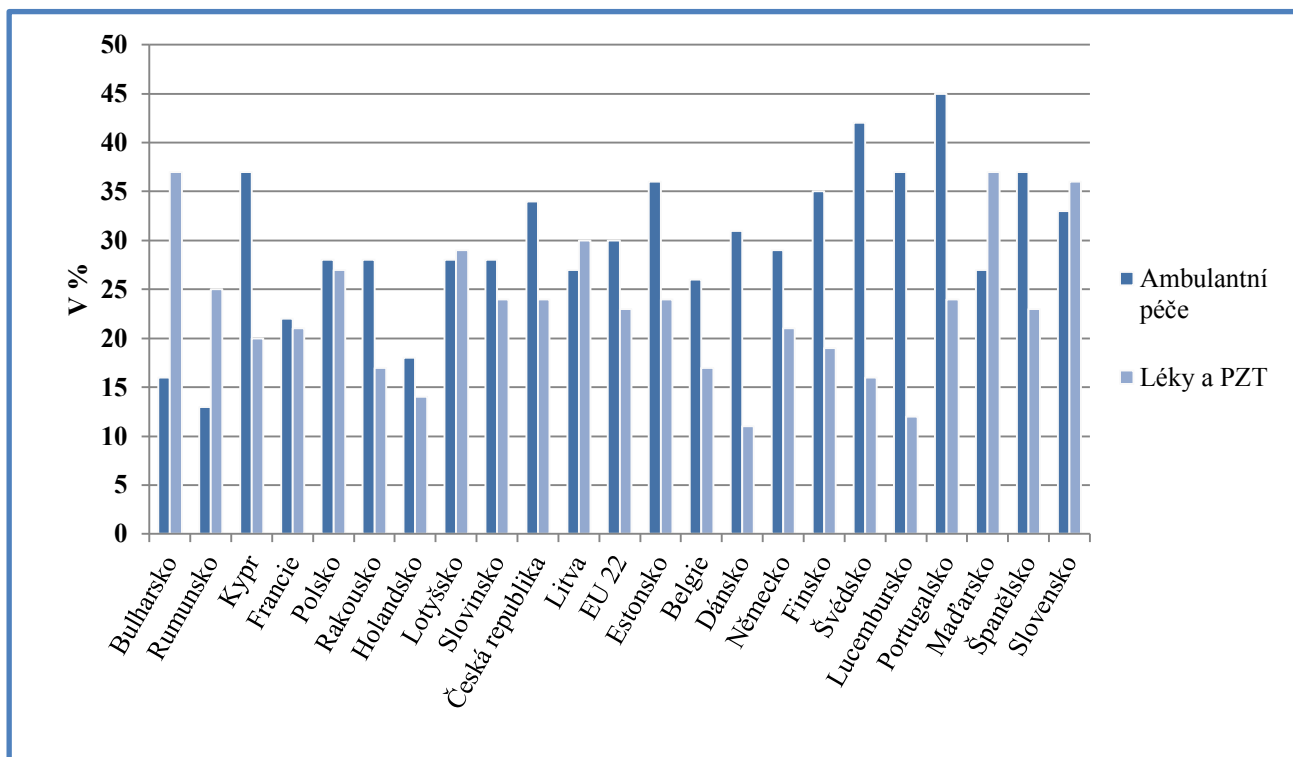
#### **Tabulka Maximální obchodní přírážky z roku 2013**

<b>Pásmo</b>	<b>Základ od (v Kč)</b>	<b>Základ do (v Kč)</b>	<b>Sazba</b>	<b>Nápočet (v Kč)</b>
<b>1</b>	0,00	150,00	37 %	0,00
<b>2</b>	150,01	300,00	33 %	6,00
<b>3</b>	300,01	500,00	24 %	33,00
<b>4</b>	500,01	1 000,00	20 %	53,00
<b>5</b>	1 000,01	2 500,00	17 %	83,00
<b>6</b>	2 500,01	5 000,00	14 %	158,00
<b>7</b>	5 000,01	10 000,00	6 %	558,00
<b>8</b>	10 000,01	9 999 999,00	4 %	758,00

Zdroj: Cenový předpis 1/2013/FAR. Vlastní zpracování.

### PŘÍLOHA č. 3

#### Běžné výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích EU podle druhu zdravotní péče 2010



Zdroj: [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AE4/\\$File/330613k5.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/3A003B2AE4/$File/330613k5.pdf). Vlastní zpracování.

## **PŘÍLOHA č. 4**

### **Tabulka Vývoj daně z příjmů právnických osob**

<b>Rok</b>	<b>Daň z příjmů právnických osob</b>
<b>2008</b>	21 %
<b>2009</b>	20 %
<b>2010</b>	19 %
<b>2011</b>	19 %
<b>2012</b>	19 %

Zdroj: <http://www.ucetnikavarna.cz/uzitecne-tabulky/vyvoj-sazby-dane-z-prijmu-pravnickych-osob/>. Vlastní zpracování.